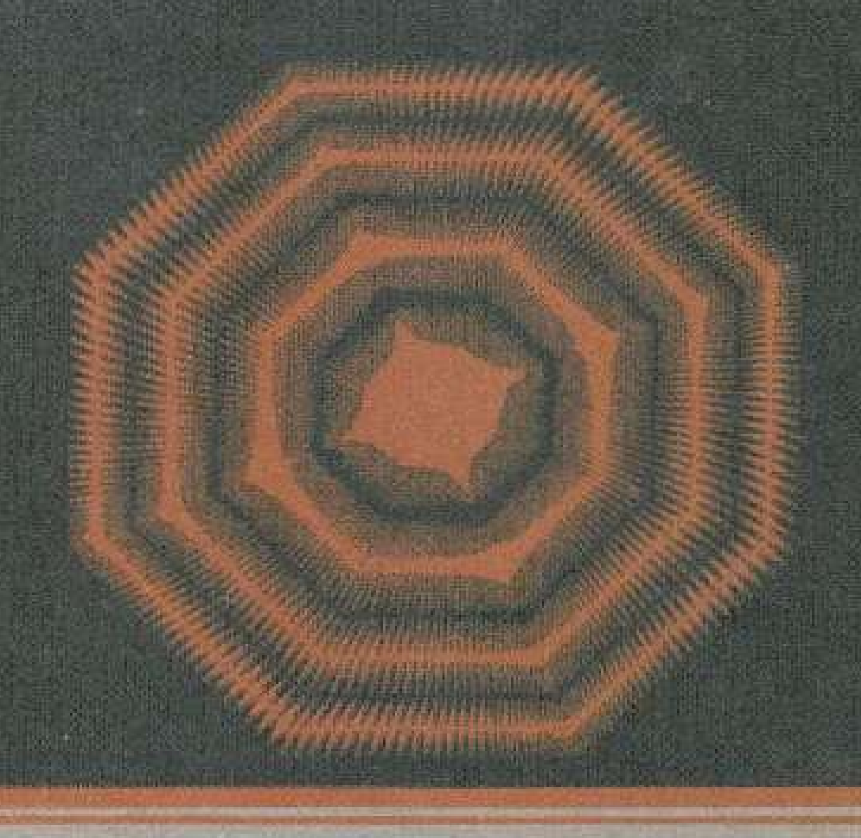
الدكتور عطوف محمود ياسين



علم النفس العيادي

« الإكلينيكي »

دار العلم للملايين

عِلْمُ ٱلنَّفْسِ ٱلْعِيادِيّ

(الإكلينيكي)

تأليف

الدكتور عطوف محمود ياسين

دكتور في علم النفس الإكلينيكي من الولايات المتحدة الأميركية
أستاذ في جامعة ميغيل بكندا (سابقاً)
أستاذ علم النفس الإكلينيكي وسيكولوجية الفئات الخاصة بجامعة الكويت

«إن أمراض النفس والعقل أكثر شيوعاً
وأشد فتكاً من أمراض الجسم»
شيشرون

القِسمُ الأوّل

دار العلم للملايين

ص.ب ١٠٨٥ - بيروت


mohamed
mohamed
mohamed khatab
mohamed
mohamed
mohamed khatab
mohamed
mohamed
mohamed khatab

تصديـــر

تعاني المكتبة العربية نقصاً واضحاً في مجال البحث الإكلينيكي الجاد؛ أكثر من النقص الملاحظ في مجال البحث القياسي والتجريبي. ولقد استوقفتني هذه الحاجة الماسة في الوطن العربي، بعد إقامة طويلة في كندا والولايات المتحدة الأمريكية زادت على الأربعة عشر عاماً. وقد دفعتني هذه الحاجة لكي أتفرغ لهذا الإنتاج الشاق الذي استغرق ما يزيد على سنوات ثلاث.. ولكن التفكير في إصدار:

[سلسلة للدراسات الإكلينيكية والسلوكية] في الوطن العربي يعود بي إلى السنوات العشر الماضية حين كنت في مونتريال وأوهايو وتورونتو.

وفي تقديري أن كل مفكر عربي؛ وباحث جاد في الوطن العربي لا بد أن يعاني الكثير من الصعاب والعقبات حين يريد أن يقوم بأي مشروع للإنتاج العلمي الجاد. وتتمثل الصعاب في الحصول على مصادر حديثة للبحث تليق بالموضوع والميدان والقارىء وهدف الدراسة. وتأتي خطوات النسخ والتنسيق والطبع والنشر تكملة للصعاب التي تتميز بها بلادنا عن غيرها من المجتمعات التكنولوجية التي توجد فيها وزارات ومجالس للبحوث العلمية تتناول الإنتاج العلمي بكل تفاصيله وخطواته بالعناية والالتزام والتقدير.

وثمة ظاهرة تستدعي التأمل؛ وتتمثل بهذا الضباب الذي بدأ يصل إلى العيون والأفكار فيحجب عنها الرؤية الواضحة للإنتاج (المتخصص)؛ والأعمال (الجيدة).

ورغم ذلك فقد قررت الاستمرار في إنتاج هذه السلسلة التي تبدأ بهذه الكتاب بجزءيه (الأول، والثاني) بما فيها من جهد علمي شاق، وعمل طويل دؤوب، وزخم إرادي؛ يبتعد عن الحشو والتكرار الذي تغص به كثير من الكتب الحالية في- المكتبة العربية- والذي يعتبر مؤشراً للأزمة التي يعانيها- الكتاب العربي- ونفور القراء منه.

وأملي كبير، في أن يسد هذا الكتاب فراغاً ملحوظاً وحاجة ملحة عند الباحثين؛ وطلبة الجامعات؛ والدراسات العليا؛ والمربين والأخصائيين. وأن يكون مجرد محاولة متواضعة لإثراء المعرفة في هذا (الميدان المتخصص)؛ ونقطة بداية على الدرب الطويل...

وأود مع بداية نشر هذه السلسلة العلمية المتخصصة أن أوجه الشكر والتقدير للأساتذة والمتخصصين الذين كان لي شرف الاسترشاد بآرائهم وملاحظاتهم من حينٍ لآخر؛ بصورة مباشرة أو غير مباشرة وعلى رأسهم:

أستاذي الدكتور دونالد هيب Donald Hebb عميد علم النفس الفيزيولوجي والعصبي في جامعة ميغيل بمونتريال؛ وأستاذي الراحل غودوين واطسون Godwin Watson من أوهايو بالولايات المتحدة؛ وأستاذي هانس سيلي Hans Selye عميد الدراسات النيوروفيزيولوجية بجامعة مونتريال بكندا.

وأود توجيه الشكر إلى الدكتور أحمد عكاشة أخصائي الطب النفسي في

جمهورية مصر العربية؛ والدكتور العراقي حسين طعمة أستاذ الطب النفسي في الولايات المتحدة؛ والأستاذ عدنان سبيعي أحد أعلام التربية وعلم النفس في الجمهورية العربية السورية.

كما أود التعبير عن تقديري لأستاذ الصحة النفسية في جامعتي عين شمس وجامعة الكويت الدكتور عطية محمود هنا؛ وإلى العالم الجليل الدكتور محمد عماد الدين إسماعيل أستاذ علم النفس التعليمي والنائي في جامعتي الكويت وعين شمس؛ وإلى الدكتور محمد أحمد غالي أستاذ الصحة النفسية وعلم النفس المرضي في جامعتي عين شمس والكويت، وإلى الدكتور محمد عثمان نجاتي أحد رواد علم النفس وأعلامه في جمهورية مصر العربية.

وأود أن أقدم عميق احترامي إلى مؤسس علم النفس المعاصر في الجمهورية العربية السورية الدكتور فاخر العاقل رئيس قسم علم النفس بجامعة دمشق، والطبيب النفساني الدكتور نزار الزين أحد أعلام الطب النفساني في الوطن العربي ورئيس قسم علم النفس في الجامعة اللبنانية. وإلى الدكتور عبد الحميد الهاشمي رئيس قسم علم النفس في كلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز في مكة.

وأود توجيه شكري إلى الدكتور عبد الله يوسف الغنيم عميد كلية التربية بجامعة الكويت؛ والدكتور رؤوف الغصين رئيس قسم- التربية العامة- في الجامعة الأمريكية في بيروت لتشجيعهما وحسن تقديرهما للمجهود العلمي.

وشكر خاص إلى الأستاذ الأديب محمد علي المغربي مدير برامج تدريب المعلمين بوزارة التربية السورية. وإلى الأستاذ ياسر المالح المدير المساعد لمؤسسة الإنتاج البرامجي المشترك لدول الخليج، وإلى الدكتور نزار الطائي

أستاذ علم النفس الصناعي والرأي العام في جامعة الكويت، وإلى أخي الأستاذ مأمون محمود ياسين الذي تعلمت منه الكثير من الإيمان بالعمل والهدف، والتسامح والصبر.

ولعل من أبسط مستلزمات الوفاء أن أقدم تحيات خاصة إلى زوجتي الطبيبة الدكتورة مها أحمد سلطان... لجهودها الكبيرة معي في هذا الإنتاج.

ولا يفوتني شكر [دار العلم للملايين] متمثلة بشخص الأستاذ منير البعلبكي والأستاذ بهيج عثمان؛ اللذين كان لهما الفضل الأكبر في إخراج هذه الصفحات إلى النور.

وآمل أن يكون هذا الكتاب (الجزء الأول، والثاني) بداية طيبة في هذه السلسلة الجادة المتخصصة.

د. عطوف محمود ياسين

محتوى الكتاب

مقدمة

يتصدى علم النفس الإكلينيكي لمشكلة التوافق الإنساني بهدف مساعدة الإنسان ليعيش حياة أقل قلقاً وأفضل توافقاً وأكثر سعادةً واطمئناناً. ويعتبر واحداً من أحدث ميادين البحث في النفس الإنسانية في جوانبها السوية وغير السوية، فهو بهذا يملأ فراغاً حضارياً على غاية من الأهمية والضرورة، ويسد احتياجاً كان وما يزال متطلباً جماهيرياً في عصر القلق الذي تعيشه شعوب العالم اليوم ليضمن لهم حياة أهنأ، ومواجهة أفضل لإحباطات الواقع وتناقضات الحياة.

إن المرحلة التي يجتازها المجتمع الإنساني بأكمله تتسم بالمشكلات المعقدة، فالتزاحم السكاني زاد على أربعة بلايين نسمة يعيش منهم الثلثان تحت وطأة الجهل والفقر والمرض والظلم في الوقت الذي استطاع فيه الإنسان الهابط على سطح القمر تخزين القنابل الهيدروجينية والنووية الكافية لتدمير مساحة تزيد على مساحة الكرة الأرضية ثلاث مئة مرة.

إن الإنسان المعاصر يعيش أزمات معقدة تتناول قوته اليومي؛ وعمله المهدد؛ وصحة أطفاله، وسعادة أسرته. ويجتاح العالم تيار مادي رهيب استطاع زلزلة القيم والمفاهيم والاستقرار ووضعها كلها في مهب العاصفة.

إن السباق النووي المحموم بين القوى الكبيرة على حساب ثروات

الشعوب الفقيرة الصغيرة لا يمثل سوى زاوية محدودة من زوايا المسرحية الدرامية التي يعيشها إنسان العصر الإلكتروني الحاد.

التفرقة العنصرية، الظلم الاجتماعي، الحروب والثورات، الجرائم، الانهيار العائلي، المخدرات والإدمان على الكحول، التشرد، الطلاق، انهيار القيمة الشرائية والتضخم المالي، ارتفاع الأسعار والغلاء، الاستبداد، الانهيار المعنوي في النفوس، المخاوف الظاهرة والمستترة من الحاضر والمستقبل ليست إلا أعراضاً لمشكلات أكثر عُمقاً في السلوك الإنساني المعاصر والنفس البشرية التائهة.

الذهاب إلى المستشفيات والعيادات أصبح متطلباً بقائياً ووجودياً بالنسبة للأغلبية الساحقة المعذبة من الناس: Survival Need؛ ولكن الإجابة على تساؤلاتهم ومعضلاتهم ما تزال قيد الدرس والبحث!...

وهكذا كان لا بد لعلم النفس الإكلينيكي من أن يتطور تطوراً سريعاً ليتمكن من استيعاب المشكلات واحتوائها في عصر زادت فيه سرعة وسائل الاتصال على ضعف سرعة الصوت وتحكم فيه الكومبيوتر في أكثر من ثلاثين مجالاً من مجالات الحياة العملية بما في ذلك مجالات التشخيص والعلاج، وأصبح التغير السريع يجتاح كل حلقة من حياة الإنسان وبيئته.

لقد خرج علم النفس الإكلينيكي في العصر الإلكتروني الحديث من كونه ميداناً للتحليل الكيفي فقط إلى ميدان يرتكز على المعايير الكمية والاختبارات المقننة؛ ومبدأ التنبؤ؛ والمعالجات الإحصائية في تقييم القدرات العقلية والمهارات والاتجاهات؛ وتحديد الأغراض المرضية؛ واقتراح مناهج العلاج لها.

لقد خرج علم النفس الإكلينيكي من كونه (ميداناً فردياً) ينعزل في عيادة مهجورة وانتقل بالعلاج والتشخيص إلى العائلة، والمصنع، والقرية، والمدرسة، والمكتب، والمؤسسة العسكرية، والشركة، والسلوك بأكمله، والبيئة بكل ما فيها من قطاعات ومشكلات؛ فأصبح ميداناً يتناول الجماعة ككل باعتبارها الأرضية الأولى التي تمنح الفرد (المرض) أو تعطيه (الصحة) والاستقرار: Community Psychiatry.

وقد تطورت الروابط والعلاقات بين علم النفس الإكلينيكي والطب وعلم الأعصاب والجراحة والكيمياء والخدمة الاجتماعية والاقتصاد وعلم الاجتماع والفيزيولوجيا والأنثروبولوجيا أكثر من أي وقتٍ مضى؛ واتسعت مجالات البحوث العلمية النظرية فيه؛ والمجالات التطبيقية والتجريبية بشكلٍ مدهش وطريف. وقد ولدت هذه التطورات بمجموعها تقارباً ملحوظاً بين النزعة التجريبية السلوكية؛ وبين النزعة العيادية الإكلينيكية؛ وزودت الاتجاه السلوكي المعاصر برؤيا جديدة أبعد مدىً من (المثير والاستجابة) وأكثر مرونة واتساعاً وعمقاً.

إن الهدف الرئيسي الذي يتصدى له هذا الكتاب هو تقديم الأسس العامة لعلم النفس الإكلينيكي لتساعد الأخصائيين في ميدان الأمراض النفسية والعقلية من مربين ومعلمين وأطباء وممرضات، وأخصائيين جتماعيين، وغيرهم من المهنيين والطلبة الجامعيين، والمهتمين في هذا المجال الحيوي للتعرف على المبادئ الرئيسية والمسؤوليات الجسيمة التي تجعلهم يساهمون بدور طليعي رائد في خدمة المجتمع العربي والارتقاء بالصحة النفسية والعقلية لأفراده وشعوبه.

وسيجد القارىء في هذا الكتاب (فصولاً عشرة) للجزء الأول منه.

ويتناول (الفصل الأول) فيها التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي؛ بادئاً بالعصور القديمة واليونان؛ والعلماء المسلمين؛ كابن سينا وابن رشد والرازي والكندي وغيرهم؛ والعصر الوسيط في أوربا؛ وعصر النهضة الأوربية، والاتجاهات الرئيسية كالاتجاه الخاص بدراسة السلوك الشاذ والتخلف العقلي على يد روستان وشاركو وكرايبلين وكريتشمر وليتز ووايتمر وجيمس، واتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس على يد جالتون وجيمس ماكين كاتل وبينيه وسيمون ووانديت وجاستر وجيلبرت وكلارك وغيرهم؛ والاتجاهات الحديثة في الميدان الإكلينيكي بما في ذلك مدرسة القياس؛ والمدرسة الديناميكية لجماعة بوسطن على يد وليم جيمس وستانلي هول وولتر سكوت. ويتعرض (الفصل الأول) للتغيرات المعاصرة في الميدان الإكلينيكي وللتيارات المساهمة في ارتقائه ونموه كالتيار السايكاتري (الطب النفسي)؛ وجهود شاركو ومورتون برنس وجيمس وهول وجانيه وكرابلين وتصنيفاته، والتيار الجشتالتي وبحوث ليفين ونظرية المجال، وتيار علم نفس التعلم والتطور التجريبي ومجهودات العلماء أمثال ميللر ودولار وهول وغيرهم، وتيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي على يد سينغ وكومس ومورفي وليكي وراجرز وغيرهم، وظهور العيادات النفسية في فيلادلفيا وبنسلفانيا ومجهودات بنجامين رش ولايتنر وايتمر وبيير ودوروثي ليندديكس وغيرهم. والحركة العيادية في الوطن العربي على يد القباني، والنحاس والقوصي وغالي، وعكاشة وفهمي، ونجاتي وزهران، وسلامة وعادل الدمرداش، وعطية هنا وعماد الدين إسماعيل، ونزار الزين وجمال الأتاسي وغيرهم. ولمحة عن الدور العيادي الرائد الذي لعبته وما تزال جامعة عين شمس بالقاهرة والجامعة الأمريكية في بيروت ومستشفياتها. وظهور الاختبارات النفسية وانتشارها كاختبارات الذكاء

والشخصيـة والفرديـة والجماعيـة والإسقاطيـة والاتجاهات الحاضرة والمستقبلية لعلم النفس الإكلينيكي.

أما (الفصل الثاني) فإنه يعالج علم النفس الإكلينيكي في حاضره ومستقبله، ويبدأ بمشكلة التعريف فيتناولها من منطلقاتها الخمسة، المنطلق الطبي الذي نادى به بيش وهابرمان، والمنطلق المرضي الشذوذي الذي ركز عليـه جودارد ووالـين، والمنطلـق السلوكي الـذي شدد عليه وايتمر وبروتماركل ودول، والمنطلق القياسي الذي تبناه برونير وماتير، والمنطلق التوافقي الذي دعى إليه براون وروتر. ويثير (الفصل الثاني) السؤال النقدي الذي ما يزال موضع بحث العلماء المعاصرين، حول ماهية علم النفس الإكلينيكي؟ أهو علم أم فن؟؟ ويتعرض الفصل لإيضاح العلاقة بين علم النفس الإكلينيكي وغيره من العلوم والميادين ثم يحدد بوضوح ودقة الأهداف المعاصرة لعلم النفس الإكلينيكي في سنة ٢٠٠٠ وأهمية هذا الميدان ومجالاته مستشهداً على ذلك ببعض الاحصائيات الرسمية التي تحمل دلالات علمية حول ضرورة هذا الميدان وأهميته النظرية والتطبيقية.

أما (الفصل الثالث) في الكتاب فإنه يعالج خصائص السيكولوجي الإكلينيكي وسماته، ويقدم للقارىء العربي قائمة لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية لسمات الأخصائي في هذا الميدان، وقائمة كارل راجرز لسمات الأخصائي الإرشادي، وإعداد الأخصائي وجدول ريتشاردز التدريبي، وواجبات الأخصائي ومسؤولياته وأدواته العملية.

ويعالج (الفصل الرابع) موضوع التشخيص الإكلينيكي بادئاً بالتعريف الدقيق لمصطلحات سيكولوجية كثيراً ما يصعب على الباحثين والطلبة إيجاد التمييز الدقيق والفارق الموضوعي بينها، كالتشخيص، والتقييم،

والاختبار، والقياس، والتعبير، والتصنيف. ويتناول (الفصل الرابع) أيضاً ثمانية أنواع للتصنيفات الإكلينيكية وهي التصنيف الفارق، وتصنيف وليامسن الإرشادي؛ وتصنيف بيبنسكي، وتصنيف كريبلن، وتصنيف الميكانيزمات لكيمف وتصنيف رادو، وتصنيف جمعية الطب النفسية الأمريكية، وتصنيف الأزمات المعاصرة لهارقي روبين. ويبين (الفصل الرابع) فوائد التصنيف ومستوى ثباته واستنتاجات آش وشميدت وڤوندا في هذا المضمار.

أما (الفصل الخامس) في الكتاب فإنه يعالج أشكال التشخيص ومراحله ووسائله؛ فيتناول فكرة اتخاذ القرار عند الأخصائي الإكلينيكي موضحاً استنتاجات سانديبرغ وتيلر، وفكرة تطوير النموذج أو الصورة الملائمة للعمل على ضوء أبحاث كرونباك وجلسر وستانتون وشفارتز وجولدمان وسوبر وكذلك مراحل التشخيص وخطواته كما أشار إليها سانديبرغ وتيلر؛ وباب وسكوت وغيرهم. والوسائل المستخدمة في التشخيص الإكلينيكي كتاريخ الحالة والاختبارات وأدوارها الهامة في تقييم إمكانيات الفرد وقدراته ووصفها لسلوك الفرد وتقييمها لديناميات السلوك.

ويتناول (الفصل السادس) في الكتاب الحديث عن الأمراض السيكوسوماتية التي تعكس خللاً في التوازن الهيموستازي؛ ويبدأ الفصل بتعريفها الدقيق وتحديد علاقتها بالقلق والضغط واستقلال الطب السيكوسوماتي في العصر الحديث. ويشتمل الفصل على استعراض أمراض الجهاز الهضمي: كقرحة المعدة، وقرحة القولون، والسمنة المفرطة. وأمراض الأوعية الدموية والقلب: كعصاب القلب، والتوتر الزائد، والإغماء، والصداع، وضغط الدم الجوهري، ولغط القلب الوظيفي.

ويعرض (الفصل السادس) أمراض الجهاز التنفسي: كالربو الشعبي وحمى القش، والسل الرئوي، وإصابات البرد المعتادة. وأمراض الاضطرابات الجلديـــة: كالأرتكاريـــا وحـــب الشبـــاب وسقوط الشعر. والأمراض السيكوسوماتية المعاصرة: كالسرطان وسكر الدم، والتهاب المفاصل الروماتيزمي، ونزيف الأذن الوسطى، والصداع النصيفي، والاستجابات العضلية الهيكلية، والاستجابات التناسلية، واستجابات الغدد الصماء وغيرها.

أما (الفصل السابع) في الكتاب فيتضمن الأمراض النفسية الانفعالية، بادئاً بمؤشرات الصحة النفسية، وتعريف المرض النفسي، والفوارق الدقيقة والمميزة بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية، ونوعيات وتصنيف الأمراض النفسية- العصابية، وتعريف العصاب وأنواعه وأعراضه الإكلينيكية والأعراض الجسمية والسيكوباثولوجية للقلق العصابي، والهستريا (العصاب التحولي) وأعراضها، وتصنيف الدكتور فهمي لأصناف الهستريا والفوارق المميزة بينها وبين الصرع. وتصنيف سترينج وكاميرون لأنواعها والعوامل الممهدة والمعجلة في الاضطراب الهستري والسمات الرئيسية للشخصية الهسترية. ويشرح (الفصل السابع) أيضاً النورستانيا وتعريفها وأعراضها، والسيكاثينيا (العصاب القهري) بما فيه من مخاوف، ووساوس متسلطة؛ وأفعال قسرية. ويتعرض الفصل للعصاب اللفظي ولجلجة الكلام، وللمرض النفسي السيكوباثي ونوعياته وتصنيفات كلارك ومورجان للانحرافات السيكوباتية.

ويتنـاول (الفصل الثامن) للكتـاب اضطرابات الشخصية محدداً معايير ذلك الاضطراب من منطلقات أربعة هي: المنطلق الإحصائي،

المنطلق التحليلي المثالي، المنطلق الاجتماعي، المنطلق الطبي النفسي، ويعرف اضطرابات الشخصية عند جوردن آلبورت وغيره؛ ونوعيات هذا الاضطراب التي تتناول (النمط أو السمة أو العلاقات).

أما (اضطرابات النمط) فتشمل الشخصية العاجزة والفصامية والدورية والبارونية. وتتضمن (اضطرابات السمة) الشخصية العصابية، وغير المتزنة انفعالياً، والسلبية- العدوانية، والقهرية والهسترية، والوسواسية. أما (الاضطرابات السيكو- إجتماعية) فتشتمل على الشخصية ضد الاجتماعية، الانحراف الجنسي، الإدمان على الكحول، الاستجابات اللاإجتماعية، الإدمان على المخدرات، وينتهي الفصل الثامن بتقديم الاضطرابات السلوكية- الاجتماعية: كسوء التوافق المهني والعائلي، واضطرابات الغذاء واضطرابات التبول والإخراج واضطرابات النوم، واضطرابات السلوك الظاهر من بطالة وجناح وجريمة وغيرها.

أما (الفصل التاسع) للكتاب فيقدم للقارىء العربي الأمراض (العقلية- الذهانية) بادئًا بتعريف المرض العقلي- الذهاني بنوعيه العضوي والوظائفي، مستعرضاً خصائصها العامة وأعراضها الإكلينيكية. ويتضمن الفصل تقسيماً نوعياً للذهان وتفسيراً فيزيولوجياً للذهان الدوري، وعرضاً شاملاً للأمراض العقلية العضوية كالشلل الجنوني العام (الزهري الدماغي)؛ والذهان الكحولي؛ وذهان الشيخوخة. وعرضاً للأمراض العقلية الوظيفية (غير العضوية) كالفصام- الزكيتسوفرينيا- والبارانويا- الهذاء - والهوس والاكتئاب.

ويقدم (الفصل العاشر) في الجزء الأول للكتاب استعراضاً شاملاً للتصنيف السوفييتي للأمراض النفسية والعقلية كنظير للتصنيف الأمريكي

الذي استعرضناه في (الفصل الرابع) من هذا الكتاب لتخليص القارىء من قيود النظرة الواحدة للحقائق العلمية. وتأتي مصادر البحث في نهاية الكتاب بشكل مسهَب.

ويشتمل [الجزء الثاني] للكتاب على [تسعة فصول] على النحو التالي:

الفصل الحادي عشر: دراسة الحالة.

الفصل الثاني عشر: المقابلة التشخيصية.

الفصل الثالث عشر: الاختبارات الإكلينيكية وقياس الذكاء.

الفصل الرابع عشر: قياس الشخصية وتقييمها.

الفصل الخامس عشر: المقاييس العملية واختبارات تقييمية إضافية.

الفصل السادس عشر: اختبار جيلفورد وكورنيل في الشخصية.

الفصل السابع عشر: قياس الكفاءة العقلية.

الفصل الثامن عشر: خصائص الاختبارات الإكلينيكية وتقييمها وثباتها.

الفصل التاسع عشر: أساسيات رئيسية ومناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي.

- ملحق: قائمة الاختبارات النفسية الشائعة (ساندبيرغ وتيلر).

- مصادر البحث والمراجع.

والأمل أن يكون هذا الكتاب بجزءيه (الأول والثاني) بداية رائدة في مشروع قريب تحت عنوان (سلسلة الدراسات الإكلينيكية والسلوكية) في الوطن العربي.

د. عطوف محمود ياسين

هذا الكتاب.... لماذا؟

« إن العلوم الإنسانية، والاختبارات النفسية، والنظم والنظريات والبرامج التي نستوردها من الخارج بأبهظ الأثمان دون مراعاة لواقعنا وخصوصيات مشاكلنا؛ هي في اعتقادنا شبيهةٌ باستيراد الآلات والأدوات الدقيقة التي نستوردها مع جهلنا بصنعها؛ وافتقارنا لقطع الغيار لها. والاستيراد وحده عملية تشويه حضاري وتعويق مقصود في مسيرة النهضة الصحيحة.

ويتمثل هذا (التعويق) في (استيراد منتجات الحضارة التكنولوجية) في حين أننا لم نهيىء لها عمالاً متخصصين، وفنيين مهرة؛ وهذا سيقودنا لاستيراد (خبرائها) معها. ويبقى دورنا في المجتمعات العربية دور (المتفرج) النائم على سرير مستورد من منتجات الوسائل (الشيئية) للحضارة. والخبراء الأجانب غالباً ما يجهلون طبيعة أرضنا وتراثنا.

وتدور عجلات الزمن ولا يحرز التقدم في بلادنا غير الدوران في الحلقات المفرغة مع ضجيج المؤتمرات.

إن استيراد (الوسائل العلمية) أو (الأسلحة الفتاكة) هو مجرد هروب وضياع؛ ما لم نهيِّىء لها (الفكر المتخصص) و(اليد المدربة) التي تسيِّرها. وإن بناء مصنع واحد على أرضنا يحرك آلاته عمالنا أفضل من استيراد

ألف قطعة سلاح. وإن هذا (الكتاب) بمضمونه وأهدافه هو بمثابة نداء (فكري - عقلاني) يشير بأن سلاح العلم هو طريقنا للبداية الصحيحة، وإلا فستكون خسائرنا بهذه (الوسائل المستوردة) أكثر من الهزائم التي نحصل عليها بسلاحنا التقليدي القديم الذي نصنعه بأيدينا.»

د. ع. م. ياسين

الفصل الأول

التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد.
- الخلفية التاريخية.
- العصور القديمة واليونان.
- علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي عند المسلمين والعرب.
  أ- ابن سينا. ب- ابن رشد.
- أوروبا والعصر الوسيط الغربي.
- عصر النهضة الأوروبية الغربية:
  أ- اتجاه دراسة السلوك الشاذ والتخلف العقلي.
  ب- اتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس.
- الاتجاهات الحديثة لعلم النفس الإكلينيكي:
  ١ - المدرسة القياسية.

٢ - المدرسة الديناميكية.

- تغيرات معاصرة في الميدان الإكلينيكي.

- التيارات المساهمة في نمو وارتقاء الميدان الإكلينيكي:

١) نمو التيار السايكايتري (الطب النفسي).

٢) تأثير التيار الجشتالتي.

٣) تأثير تيار علم نفس التعلم والتطور التجريبي.

٤) تأثير تيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي.

٥) ظهور العيادات النفسية، والحركة العيادية في الوطن العربي.

٦) ظهور الاختبارات وانتشارها: (ذكاء وشخصية).

- الاتجاهات الحاضرة والمستقبلية لعلم النفس الإكلينيكي.

الفصل الأول

التطور التاريخي لعلم النفس الإكلينيكي

تمهيد:

يعتبر علم النفس الإكلينيكي - ميداناً حديثاً معاصراً - Contemporary Field. وقد نما هذا الميدان بين السبعينات والثانينات نمواً مدهشاً في شتى أنحاء العالم. ويقول العالم (جوليان. ب. روتر .Julian B. Rotter) مدير برامج التدريب الإكلينيكي في جامعة كونكتيكت بأن عدد علماء النفس الإكلينيكي قد تضاعف ثلاثة أضعاف عما كان عليه خلال السنوات العشر الأخيرة، وبالذات في الولايات المتحدة الأمريكية، وتبع هذا النمو تطوير كبير في مناهج البحث وأساليب التشخيص وطرق العلاج[١].

الخلفية التاريخية

لعلنا لا نكون مبالغين، حين نقول بأن الجذور الأولى لهذا الميدان الجديد، إنما تعود لآلاف السنين في أعماق التراث التاريخي.

العصور القديمة واليونان:

لقد كشفت البحوث الإيركيولوجية بأن مخطوطات المصريين القدماء،

والبابليين والآشوريين الراجعة إلى ٥٠٠٠ قبل الميلاد تشير إلى وصف سلوك المضطربين عقلياً وكان يعتقد بأن الأمراض العقلية تعود لوجود الأرواح الشريرة فيها وكان يقوم بالعلاج السحرة والكهنة.

ومع قدوم المرحلة الكلاسيكية (اليونانية والرومانية) فقد بدأت بوادر المنهج الطبي The Medical Approach نحو العلاج المعقول للمضطربين عقلياً. وحتى قبل عام (٥٠٠ ق. م) فقد كان الكهنة يدعون لتهدئة الأرواح الشريرة أو الخيِّرة بتقديم القرابين والتعاويذ. وجاء (فيثاغورس) فكان أول من بدأ (بالتفسير الطبيعي) للمرض العقلي Natural: Interpretation of Mental Illness فحدد (المخ) باعتباره مركزاً للذكاء، واعتبر أن المرض العقلي راجع إلى اضطراب في المخ، ودعا إلى استخدام الإيحاء ووضع نظام دقيق للتغذية، والتدليك العضلي، والترويح.

وبقدوم (أبوقراط) ٤٦٠ - ٣٧٧ ق. م، بدأ الحديث عن أهمية الوراثة: The Role of Heredity في تكوين المرض العقلي، والربط بين الاضطرابات الحسية والحركية وإصابات المخ. ونصح باستعمال الحمامات ونظم التغذية والفصد والمسكنات المخدرة والتركيز على العلاج الجسمي.

أما (هيبوكراتس) فكانت مساهمته في إثراء الطب النفسي في ربطه بين الأمزجة النفسية المختلفة، والمرض العقلي والدماغ وتفسيره للاضطرابات الانفعالية على أساس فيزيولوجي. وقد هاجم بشدة فكرة ارتباط المرض العقلي بغضب الآلهة.

أما (أفلاطون) فكان تركيزه على صراع الرغبات عند الإنسان وعدم توازنها.

ويعتبر (أرسطو) بحق بين ٣٨٤ - ٣٢٢ ق. م أول من أشار بكل واضح ومحدد للأساس الفيزيولوجي للمرض العقلي: The Physiological Bases of The Mental Illness. وهذا استكمال لما تعلمه من أستاذه (أبوقراط).

علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي عند المسلمين والعرب:

ليس غريباً أن يطمس الغربيون (حضارة كاملة) بعلمائها وآثارها من التاريخ الحضاري هي- حضارتنا المتواضعة- ولكن الغريب أن يسقط معظم علمائنا المعاصرين بنفس الحفرة فلا نجد في مؤلفاتهم إلا القليل عن مساهمة علمائنا في إثراء الحضارة والمعرفة الإنسانية بما قدمه: إبن سينا، والكندي، وابن رشد، وأبو بكر الرازي، والفارابي، والغزالي ومئات آخرون ممن تمتلىء المكتبات الأوروبية والروسية والأمريكية بمخطوطاتهم. وها هو الاتحاد السوفييتي يقيم لإبن سينا مجمعاً علمياً وتمثالاً باعتباره (مفكراً روسياً)؛ وتقيم إسبانيا تمثالاً ومركزاً للبحوث لابن رشد باعتباره جزءاً من حضارة إسبانيا. واليوم نكاد لا نجد في برامج التعليم الجامعي وغير الجامعي في (٤٠) جامعة عربية إلا القليل النادر عن تراث علمائنا[٢].

أ- ابن سينا: كان هذا العالِم طبيباً وجراحاً ونفسانياً من الطراز الفريد. أجاد اللغات اليونانية واللاتينية والعبرية والعربية وكان حوله (٦٠٠) طبيب وقام بتدريب (٣٠٠٠) آخرين. كان ابن سينا أول من اكتشف العامل النفسي في إنتاج المرض العقلي ويعتبر المؤسس الأول للطب السيكوسوماتي في بيان علاقة الأمراض الجسمية كاستجابات للاضطرابات النفسية.

وقد بقي كتابه (القانون) كما ذكر المؤرخ (غوستاف لوبون) المرجع الأول الطبي في أوربا وجامعاتها لما يزيد على (٦٠٠) سنة.

وقد سبق ابنُ سينا (شرنجتون وهيب) في توضيح العلاقات بين الخلل الدماغي العصبي والمرض العقلي من جهة والاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية من جانب آخر وقدم لنا كشفاً كاملاً للعلاقة بين الجهاز العصبي والأمراض النفسية والعقلية.

وفي عصر ابن سينا ٣٨٠هـ [٩٨٠ - ١٠٣٧م] انتشرت المصحات العقلية في شتى المناطق، وكان ابن سينا أول من طبق العمليات الجراحية لمرضى العقول: Psycho-surgery وأحرز فيها نجاحاً ملحوظاً.

كان ابن سينا نفسانياً تجريبياً لا يفصل مطلقاً بين أمراض النفس والاضطرابات الفيزيولوجية. استخدم التحليل النفسي وأشار على مرضاه بالزواج لتوجيه طاقات الجنس توجيهاً سديداً وسبق بذلك فرويد وأصحاب الاتجاه التحليلي.

تحدث ابن سينا عن دور الوراثة ومؤثراتها ولكنه لم يهمل تأثير البيئة، فعارض فكرة الحجز والعزل في السجون لأمراض العقول. وكان المسلمون أول من أقام المصحات للعلاج العقلي والنفسي والجسمي دون عزل بينها؛ لارتباطها وتلاحمها؛ فهم يعتقدون أنه لا انفصال مطلقاً بين مؤثرات البيئة ومؤثرات الوراثة. كان ابن سينا أول من فكر بالتعليل الجشتالي الشمولي لأسباب العلة وأول من طبق العديد من أساليب العلاج دون التعصب لمنهج واحد. استخدم الأدوية والعقاقير، واستخدم الحمامات والاسترخاء. طبّق الجراحة، ونصح بالزواج. نادى بتغيير (بيئة المريض) وتنظيم غذائه وفتح بذلك الباب أمام العلاج السلوكي ومفاهيمه. قام بتصنيف الأمراض

بأنواعها ودرجاتها مستفيداً من منهجية أرسطو والمعرفة الفيزيولوجية عند أبقراط؛ ومن أسلوب جالينوس. وترك ابن سينا لنا مدرسة كاملة في الطب النفسي والعصبي وتراثاً خالداً يقوم حالياً العلماء السوفييت في اكتشاف كنوزه في الوقت الذي تقع على كواهلنا مسؤولية إحياء هذا التراث وبعثه.

ب- إبن رشد(١١٢٦ - ١١٩٨): كان ابن رشد عالماً وطبيباً وفيلسوفاً. احتوى كتابه الخالد (الكلّيّات) أعظم نظرياته الطبية. قام ابن رشد بتصنيف الأمراض وفرّق بين الأمراض العقلية الحادة والأمراض المزمنة. وقال ابن رشد: «إن بؤرة المرض هي في الدماغ والبطن» وبذلك التحام واضح بين الفيزيولوجيا والأمراض العصبية والعقلية وشدّد على الأثر النفسي وعوامل البيئة في تكوين المرض. اعترف ابن رشد بأثر العامل الوراثي في تكوين المرض العقلي، ولكن الشك النقدي اللاذع الذي اشتهر به ووضعه سبّاقاً لمنهج الشك عند (ديكارت) ودفعه لرفض الدين في تعارضه مع الغزالي، مفضلاً النظرة الموضوعية العقلية لتحليل الأمور، قد جعل معظم المؤرخين الغربيين أمثال آرنولد توينبي وكارليل وغيرهما يعتبرون (ابن رشد) عملاقاً من العمالقة الذين وضعوا مساهمات ضخمة للحضارة والنهضة الأوربية الحديثة وسمّوه (المعلم الثاني) بعد أرسطو. ابن رشد نشر مبادئه السيكوفيزيولوجية في مئات المصحات العقلية التي انتشرت في إسبانيا (أندلس الأمس) وقام بمعالجة المرضى باستخدام وسائل متعددة دون الاكتفاء بأسلوب واحد. وقد ساقه عقله النقدي لرفض الوراثة والتركيز على البيئة تشخيصاً وعلاجاً ونادى بتغيير سكن المريض وبيئته. واستفاد فيما بعد رواد النهضة الأوربية وعلى الأخص إسكيرول وجال، وايتارد، وسبرزهايم من أفكاره وأعماله.

ومهما يكن من أمر، فما تركه أبو بكر الرازي، والطبيب الكندي[٣] ومئات غيرهم يجعلنا ندرك أن للعرب وللمسلمين دوراً حضارياً فذاً لا يجوز بحال إهماله أو التنكر له.[٤]*

ويذكرنا أحد مؤرخي الطب المحدثين (غريغوري زيلبورج: Gregory Zilborg) بالخصائص العامة التي طبعت (الطب النفسي) عند العلماء المسلمين كالتالي:

١) لقد كان المسلمون والعرب أول من قام باكتشاف العامل النفسي والعصبي في الأمراض العقلية والجسمية فهم بذلك أول من أسس ما نطلق عليه حالياً (الطب السيكوسوماتي)، وعارضوا السجن والعزل لمرضى العقول وفتحوا لهم (المصحات) الخاصة بهم.

٢) قاموا بتصنيف الأمراض قبل (كرابلين) وميزوا بين أنواعها ودرجاتها، وأوضحوا علاقة الاضطراب الانفعالي بالمرض وهذا لم يظهر بوضوح حتى مطالع القرن العشرين، وكذلك فكرة دراسة (تاريخ الحالة) التي كان أول من ابتكرها ابن سينا وابن رشد والكندي.

٣) أقاموا مئات المصحات العقلية والنفسية واستخدموا الجراحة والأدوية والتدليك والحمامات والراحة وتغيير بيئة المريض، وعالجوا الجملة العصبية دون عزلها عن أمراض الجسم والحالات النفسية للمريض، كما نادوا بفكرة التعاطف الاجتماعي والعلاقات الإنسانية.

أوربا والعصر الوسيط الغربي:

تعتبر هذه المرحلة من أشد العصور ظلاماً وقسوة ضد مرضى العقول.

فقد اتصفت تلك الفترة بسيطرة رجال الكنيسة (الإكليروس) الذين كانوا يحرقون العلماء والمصلحين. ويشير الدكتور مصطفى فهمي في كتابه (علم النفس الإكلينيكي)[٥] قائلاً: « وكان المسؤول عن هذه النكسة، سيطرة الكنيسة على عقول الناس في تلك الفترة المظلمة. وتمدنا الإحصائيات الواردة خلال تلك الفترة ببيانات مروعة؛ فقد تم قتل ١٠٠,٠٠٠ بفرنسا أيام حكم (فرنسيس الأول) من هؤلاء التعساء من مرضى العقول. وفي جنيف تم إحراق (٥٠٠) بالنار في غضون ثلاثة أشهر عام ١٥١٥. واستمر ذلك لمطالع القرن (التاسع عشر). فلم تكن في أوربا مستشفيات أو معاهد خاصة تقوم على رعايتهم أو اعتبارهم بشراً. فالأماكن التي كانوا يوضعون فيها كانت عبارة عن سجون حقيقية، يزورها الجمهور أحياناً لكي يشاهدوا الحركات المضحكة التي تصدر عن هؤلاء التعساء. والأمثلة على سوء المعاملة لمرضى العقول عديدة وكثيرة. فالحريق الذي اندلع في لندن عام ١٨١٤ في مستشفى يورك: York Hospital وابتلع بنيرانه آلاف المرضى العقليين هو مثال صارخ أدى لثورة الجماهير وتكليف (صموئيل تيوك Samuel Tuke) أحد مؤسسي الملجأ بإجراء تحقيق انتهى منه بالتقرير التالي:

« الملجأ ليس فيه أية نوافذ للهواء في الغرف؛ ما عدا غرف الأغنياء. أما غرف الرجال فقد حولت إلى عنبر واحد كبير. وقد تجد في ركن واحد (١٠٠) مخلوق وقد حشروا معاً حشراً. لا يوجد أية عناية بنظافة المكان، وهناك إهمال تام للترويح، وتجديد الهواء معدوم، أما الدهاليز الأخرى فهي أسوأ حالاً. والدور الأرضي محاط كالسجن بأسياخ من الحديد. »

أما في فرنسا فقد كتب الدكتور إسكيرول Esquirol وهو (طبيب

نفسي) تقريراً عن ظروف ملاجيء مرضى العقول بقوله:

«لقد رأيتهم - أي المجانين - عرايا أو تغطى أجسادهم بالخرق البالية.. ينامون على أكوام من القش لكي تقيهم من برودة بلاط هذه الغرف الرطبة.. وقد كانوا محرومين من الهواء النقي والماء الذي يروي ظمأهم، بل إنهم قد حرموا من أشد الأشياء ضرورة للحياة.»

عصر النهضة الأوربية الغربية:

أنكر العالم السويسري باراسيلسوس Paracelsus (ثيوفراستوس فون هوهنهايم T. V. Hohenheim ١٤٩٣ - ١٥٤١) علم التنجيم واعترف بالأسباب السيكولوجية للمرض العقلي، ووضع نظرية (المغناطيسية الجسمية Bodily Magnetism، وهي بداية التنويم المغناطيسي: Hypnosis + Hypnotism. وقام الطبيب النمساوي (مسمر Anton Mesmer) بتنويم المرضى لعلاجهم. وفي أواخر القرن التاسع عشر أصبح العلاج بالتنويم في مدرسة (شاركو) بدعة العصر، وشاع حتى استخدمه (بروير وفرويد).

وقد نشأ التحليل النفسي Psychoanalysis من التنويم المغناطيسي. وقابل التنويم على يد (شاركو: Charcot) نجاحاً في العلاج العصبي بمستشفى سالبتريير Salpetriere Hospital وقد اهتم اهتماماً بالغاً بدراسة (الهستريا) وعلاجها؛ واستبعد أن يكون هذا المرض نتيجة لإصابات في الجهاز العصبي. وكان (فرويد) واحداً من تلاميذ (شاركو) ومتخصصاً في(الطب العصبي). واستطاع فرويد تصحيح المفهوم بأن الهستريا تصيب فقط النساء بسبب تحول الرحم في جسم المرأة طلباً للإشباع الجنسي. ووجد فرويد

حالات الهستريا عند الرجال وتخطّى (التنويم) باعتباره أسلوباً ناقصاً حتى وصل إلى أسلوب (التحليل النفسي).

وقد قام (فيليب بينيل Philipe Pinel) أستاذ إسكيرول بفك قيود النزلاء بمستشفى بيستر Bicetre Hospital وهيأ لهم إقامة صحية ممتعة، وتنظيم نزهات؛ وجولات حرة؛ وشدد على ضرورة دراسة تاريخ الحالة وعمل ملف لها. وواصل (اسكيرول: Esquirol) طريقة أستاذه وكان من أعظم ما نشره كتابه الشهير (الأمراض العقلية): Mental Illnesses وميز فيه بين (الجنون): Sanity + Madness، وبين (الضعف العقلي): Feeblemindness.

وقام (إسكيرول) أيضاً بتدريب الممرضين. وبالرغم من أن نظريات فراسة الدماغ للطبيبين الألمان (جال - وسبرزهايم) كانت مسيطرة؛ فقد استطاع (إسكيرول) اقتراح محك سيكولوجي وظائفي: Functional Psychological Criterion.

وقد استفاد (إسكيرول) من دراسات الطبيب الفرنسي (إيتارد) Itard بالاهتمام بضعاف العقول، وتصنيف هذه الفئة اعتماداً على استخدام اللغة. ومن الطريف أن نذكر أن المحكات الحالية لتحديد الضعف العقلي والذكاء هي في أغلبها لغوية Linguistic.

ثم جاء الطبيب (سيجان) فقاد حركة تدريب ضعاف العقول بفرنسا مستخدماً (الأسلوب الفيزيولوجي Physiological Method) لتدريب الحواس والعضلات: Muscles + Senses Training وتابعه في عصرنا الحديث (كيبهارت Kephart) خبير جامعة سيراكيوس بولاية نيويورك، وغيره كثير. ودخلت لوحة الأشكال لسيجان المكونة من كتل خشبية مختلفة

الأشكال يضعها المفحوص في أماكنها بسرعة قصوى نطاق (الاختبارات العملية).

وهكذا انحصر اتجاه المدرسة الفرنسية حول - الضعف العقلي وعلم النفس المرضي - وكان معظم اهتمامات تلك الدراسات هي (الاهتمامات الإكلينيكية) أكثر مما هي تجريبية؛ وباختصار لم يكن هذا كافياً لظهور المنهج الكمي Quantitative الذي يطبع اختبارات الذكاء الحديثة ويعتمد على إجراآت التحكم والتقنين والضبط. وسنقف هنا قليلاً وعند هذا الحد إلى أن ينهض في فرنسا واحد من رواد القياس وهو (الفريد بينيه) Alfred Binet.

أما في (أمريكا اللاتينية) فقد كان أول مستشفى عقلي في مدينة سان هيبوليتو بالمكسيك: San Hipolito Hospital وقد أشرف عليه الطبيب برناردينو ألفاريتز: Bernardino Alvarez. وكان أبرز من نادى في ألمانيا بضرورة معاملة مرضى العقول معاملة إنسانية الطبيب أنطون مولر (١٧٥٥): Anton Muller. وطالب فينزو شياروجي VicencoChiarugi (١٨٢٠) في كتابه (مئة ملاحظة) في الأمراض العقلية بالشفقة في علاج مرضى العقول.

ويرى الدكتور عطية محمود هنا في كتابه (علم النفس الإكلينيكي) بأن الفضل في وضع بذور علم النفس للعصور الحديثة يرجع إلى الفلاسفة التجريبيين في انجلترا أمثال بيركلي، وهيوم، وهارتلي، وجيمس ميل، وجون ستيوارت ميل وألكسندر بين[٦].

ويعتقد جوليان روتر J. Rotter بأن البدايات الأولى لعصر النهضة تبلورت في اتجاهين[٧]:

١) اتجاه دراسة السلوك الشاذ والتخلف العقلي: وكان من أعلام هذا الاتجاه بين الأطباء الفرنسيين والألمان لويس روستان L. Rostan وجان شاركو J. Charcot وإميل كرايبلين E. Kraeplin, وأرنست كريتشمر E. Kretschmer وتركز الاهتمام حول أعراض الهستريا، والتنويم. وظهر في الولايات المتحدة ليتز وايتمر: L. Witmer مؤسس أول عيادة إكلينيكية في جامعة بنسلفانيا عام ١٨٩٦ للأطفال المضطربين عقلياً وانفعالياً ثم جاء ولم جيمس: W. James.

٢) اتجاه الفروق الفردية والوراثة والقياس: وقد تزعم هذا الاتجاه (غالتون: F. Galton) وتابع الاهتمام بعده بالفوارق الفردية جيمس ماكين كاتل James Mckeen Cattel, ونشر عام ١٨٩٠ مقاله عن (الاختبارات والمقاييس العقلية) وجاء بعدهما الفريد بينيه بالتعاون مع تيوفيل سيمون وأصدرا أول اختبار للذكاء لقياس القدرة العقلية لأطفال المدارس في عام ١٩٠٥. وظل هذا الاختبار يتطور ويتعدل حتى أصبح معروفاً باسم اختبار: ستانفورد - بينيه للذكاء المصمم على أساس مفهوم (العمر العقلي) The Mental Age. ويجب أن لا يفوتنا القول بأن اختبارات غالتون ارتكزت حول (الطابع الحسي) لقياس التمييز السمعي والبصري، وتمييز الإحساس الحركي وقوة الحركة وزمن الرجع ولكن الاتجاه الإكلينيكي في ألمانيا وإيطاليا على يد كرايبلين، ومنستربرغ وآيبينغهاوس، ودي سانكتس اهتم (بالطابع العقلي)، وعلم النفس المرضي وعلى الأخص هرمان آيبنغهاوس الذي يعتبر مؤسساً لعلم النفس التجريبي والتعلم.

وقد تأثر جيمس ماكين كاتل بمدرسة لايبزغ الألمانية التي كان يقودها (ويلهلم وانديت: W. Wundet) وتركز اهتمامه حول الفروق الفردية. وعلى

أثر انتشار بحوث كاتل برز علماء عديدون أمثال جاسترو، وجيلبرت، وفرانس بواس، وكلارك وزلر وأصبحت فكرة القياس ومعاملات الارتباط الشغل الشاغل لهؤلاء العلماء.

الاتجاهات الحديثة لعلم النفس الإكلينيكي:

يرى المؤرخون لتطور علم النفس الإكلينيكي أن الاتجاهات المتعددة التي سار بها العلماء تبلورت في اتجاهين رئيسيين هما:

١ - المدرسة القياسية: **Measurement + Testing School**

٢ - المدرسة الديناميكية: **Dynamic or Boston School**

أما مدرسة القياس فقد اهتمت بمبدأ الفروق الفردية Individual Differences واستخدمت الملاحظة والقياس ومن أشهر علمائها غالتون Galton وبينيه Binet وتيرمان ,Terman ثم جاء كاتل Cattell واشتهرت أبحاثه واختباراته العقلية في جامعة بنسلفانيا: Mental Tests في عام ١٨٩٠ وقد ساهم مع وودوورث: Woodworth، وثورندايك: Thorndike أحد أقطاب جامعة كولومبيا بنيويورك بتطوير الاتجاه القياسي الإحصائي؛ والوصول إلى نتائج إيجابية. أما العالمة نورثوورثي: Northworthy فقد استخدمت الاختبارات النفسية عام ١٩٠٦ لإجراء دراسات مقارنة Comparative Studies بين العاديين وضعاف العقول. ويعود الفضل إلى جودارد Goddard وبيرت Burt وكولمان Kuhlmanفي ترجمة عدة اختبارات من الألمانية والفرنسية إلى اللغة الانجليزية. أما تيرمان Terman فقد كان تركيزه حول الفروق بين

الأغبياء والأذكياء في عام ١٩١٦. وظهرت لوحة الأشكال التي عرفت باسم لوحة (سيجان) وتعاون معه بها وايتمر Witmer وهيلي Healy وفي أواخر عام ١٩١٧ ظهر اختبار بنتر- باترسون المتضمن عدة لوحات للأشكال:

Pinter – Paterson Scale of Performance Tests

وبعض اختبارات ثانوية أخرى.

وجاءت الحرب العالمية الأولى لتوجه الأنظار نحو اهتمام جديد هو (الاختبارات الجماعية: Group Tests)، وبرزت اختبارات ألفا، وبيتا للذكاء في الجيش الأمريكي:

Alfa + Beta Military Tests

وظهر أول اختبار للشخصية على يد (وودوورث):

Woodworth Personal Sheet

التي كانت بداية رائدة لاختبارات الشخصية حتى العصر الحاضر.

والملاحظة تقودنا إلى أن اهتمام معظم السيكولوجيين الإكلينيكيين قبل الحرب العالمية الثانية كان متوجهاً نحو علاج مشكلات الأطفال Children Problems والعيادات المحلية: Local Clinics وإدارة الخدمات العامة في الولايات، ومؤسسات المعوقين وضعاف العقول: Retarded Institutions ومراكز الأحداث Delinquency Centers وإعداد الاختبارات التي تقيس القدرة العقلية والتحصيل المدرسي والاستعدادات سواءً كانت ميكانيكية أو موسيقية أو غيرها وكشف نواحي العجز والصعوبات سواء كانت في الذاكرة أو النطق أو الإدراك السمعي أو البصري أو اللغة.

وكان اختبار ستانفورد - بينيه مرجعاً جوهرياً. وظهرت طرق علاج بواسطة اللعب مع الأطفال Play - Therapy قام بتطبيقها آنا فرويد Anna Freud وميلاني كلاين Melanie Klein كجزء من أسلوب التحليل النفسي الفرويدي: Psychoanalysis وتركز العمل الإكلينيكي في مستشفيات الولايات: Hospitals of States وإدارات السجون Administration of Prisons وفي المدارس الملحقة بها. وكان العلاج للسجناء فردياً وجماعياً.

وبرز الاهتمام في (اختبارات الشخصية): Personality Tests بين الراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية في أواخر الثلاثينات وبداية الأربعينات. وانحصرت (الكتب الإكلينيكية) في تلك الفترة في شرح الاختبار، وطريقة إجرائه، وتصحيحه وتفسيره.

وأدى قيام الحرب العالمية الثانية لتغييرات بارزة:

أ- هجرة الكثير من علماء النفس الإكلينيكيين من أوربا إلى أمريكا.

ب- تقليل الاهتمام باختبارات الذكاء، والتركيز حول الشخصية السوية وغير السوية.

جـ- اهتمام وزارة الصحة الأمريكية بالبحوث الإكلينيكية والعلاج وبالذات للكبار.

د- مواجهة المشكلات الناتجة عن الحرب وظهور العلاج الجماعي. (GroupTherapy)

هـ- بروز الاتجاه المتمركز حول العميل (كارل راجرز) كفرع للتحليل النفسي.

و- عقد مؤتمر (بولدر) في ولاية كولورادو عام ١٩٤٩ Boulder Conference لتنظيم مؤهلات الأخصائي الإكلينيكي وإعداده وضرورة حصوله على إجازة الدكتوراه.

ومع قدوم عام ١٩٦٠ تلاشت مشكلة علاج (قدماء المحاربين) واتجهت الجهود نحو (مشكلات الأطفال) من جديد.

أما المدرسة الديناميكية في علم النفس الاكلينيكي فتتمثّل بأقطاب (جماعة بوسطن) Boston Group وتتكون من مؤسس علم النفس الأمريكي وتلميذ (وانديت) - في لايبزغ - العالم وليم جيمس W. James وستانلي هول S. Hall وولتر سكوت W. Scott[8]. ويشير الدكتور عطية محمود هنا إلى أن هؤلاء العلماء ربما لا يمكننا أن نطلق عليهم اسم (أخصائيين إكلينيكيِّين) إلا أن تفكيرهم كان أقرب إلى علم النفس الإكلينيكي والطب العقلي من علماء عصرهم أمثال (تتشنر Titchner) الذي اهتم منذ عام ١٩٠٢ بالعمليات الشعورية العقلية.

ولكي نضع القارىء وجهاً لوجه أمام التغيرات التي طرأت على الميدان الإكلينيكي بعد (حربين عالميتين) فلا بد أن نذكر ما يأتي:

تغيرات معاصرة في الميدان الإكلينيكي:

١) اتجهت أنظار العلماء الإكلينيكيين من الاهتمام بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار.

٢) اتجهت الأنظار من الاهتمام الشديد بقياس الذكاء ونواحي العجز الوظائفي العقلي إلى الاهتمام بقياس صفات الشخصية والتوافق.

٣) تحول الاهتمام من تصنيف الشذوذ العقلي والتشديد على وظيفة السيكولوجي كمطبق للاختبارات ومفسر لها، إلى الاهتمام بالعلاج النفسي الفعلي، وعلاج الحالات[١٠]

التيارات المساهمة في نمو وارتقاء الميدان الإكلينيكي:

لقد وجد علم النفس الإكلينيكي نفسه محاطاً (بستة حوافز دافعة) تعمل كلها بشكل متلاحم على دفعه وتطويره وهي:

١) نمو التيار السايكايتري (الطب النفسي).

٢) تأثير التيار الجشتالتي.

٣) تأثير تيار علم نفس التعلم والتطور التجريبي.

٤) تأثير تيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي.

٥) ظهور العيادات النفسية.

٦) ظهور الاختبارات وانتشارها.

١) نمو التيار السايكايتري (الطب النفسي) **Psychiatry** :

يربط هذا التيار الأمراض العقلية والنفسية بالطب، ويقود هذا الاتجاه (حديثاً) الطبيب الألماني(كرابلين Kraeplin)الذي اشتهر بتصنيفه للأمراض العقلية:

Kraeplin's Classification, وقسم الأمراض العقلية إلى مجموعتين:[١١]

١ - جنون الهوس والاكتئاب (الجنون الدوري):

Manic – Depressive Psychosis وسببه في نظره خلل في عملية الهدم والبناء الخلوي (الميتوبلازما) وربط ذلك بالوراثة Heredity.

٢ - الفصام أو (جنون المراهقة Schizophrenia): ويرجع هذا المرض إلى اختلال في الغدد الجنسية. وتوصل إلى هذه الاستنتاجات كطبيب، وفتح الباب لبدء الصراع بين الأطباء والنفسانيين. ووقف في وجهه (جان شاركو وسيجموند فرويد) وهما طبيبان نفسانيان يريان أن الأسباب وراء المرض العقلي هي أسباب نفسانية وليست جسمانية، وكذلك بالنسبة لاضطرابات الشخصية.

ويرى الدكتور عطية محمود هنا بأن (التعليل الطبي) نظر لأعراض المرض: The Symptoms of Illness دون محاولة اكتشاف العوامل المؤدية لنشأته أو السعي وراء أسبابها واكتشاف العوامل الديناميكية المكونة لها.

ويضيف الدكتور هنا بأن المدرسة الفرنسية للطب النفسي أثرت أكثر على تطوير الميدان الإكلينيكي مما فعلته مدرسة الطب النفسي الألمانية. فكان هناك (بيير جانيه P. Janet) الذي درس الوساوس والمخاوف المرضية، وجان مارتين وجان شاركو في استخدام التنويم لعلاج الهستريا والاضطرابات الوجدانية، وكذلك مورتون برنس M. Princeالذي أثار ظاهرة الانفصال في دراسة الشخصية واهتم بالمنهج الاكلينيكي منذ الأيام المبكرة[١٢].

وقد أكد (وليم جيمس) قبل (فرويد) وجهة النظر الديناميكية في كتابه الشهير (مبادىء علم النفس) الذي نشر عام ١٨٩٠. وترك (ستانلي هول)

تأثيراً مماثلاً رغم إعجابه بنظرية داروين، وقد أتاح أمام (فرويد) فرصة عرضه آراءه في التحليل النفسي في جامعة كلارك عام ١٩٠٨. أما أدولف ماير A. Mayer فقد اهتم بضعاف العقول من الأطفال والمراهقين، كما ظهر (بريل A. A. Brill) كمحلل نفساني في نيويورك وترجم الكثير من مؤلفات فرويد إلى الانجليزية واستطاع إبراز الجوانب الديناميكية في علم النفس بعرض بحوث فرويد حول الهستريا والعصاب. واشتهر من الأخصائيين الإكلينيكيين بلانشارد، وكونكلين، وكولمان وماتير وغيرهم.

٢ - تأثير التيار الجشتالتي:

لم يقف تأثير التيار الجشتالتي عند حدود ضيقة وإنما تعداها إلى الظاهرة النفسية بكل أبعادها. وفي تشديده على المنهج العلمي أثّر في المجالين النظري والتطبيقي - العلاجي لعلم النفس الإكلينيكي.

إن المدرسة الجشتالتية لم يقتصر اهتمامها بفكرة (التجريب) داخل مختبرات علم النفس، وإنما أشاعت (مبدأ التنظيم) الذي يتحكم في جميع أشكال الحياة الداخلية للكائن الحي وفي حياته الخارجية، أي بينه وبين البيئة التي يعيش فيها. ومن أهم ما قدمته مدرسة الجشتالت لعلم النفس الإكلينيكي (فكرة المجال) التي تؤكد على التفاعل بين عناصر الموقف. وتنظر للموضوع نظرة كلية شاملة: The Whole.

وباستخدامنا للملاحظة المقارنة: Comparative Observation نلاحظ أن فكرة (ليفين K. Lewin) عن النظام الدينامي للتوترات The Dynamic System of Tensions كان بمثابة نموذج لفكرة كانون Cannon عن التوازن الحيوي: Homeostasis وخفض التوتر Tension Reduction

والتي استفاد منها علم النفس الإكلينيكي في تعليل السلوك وتفسيره وتعديله:

Behavior Modification and Interpretation.

وهذه النظرة للكائن الحي نظرية مستقبلية في الإطار المرجعي للسلوك

Future Reference Point for Behavior في مقابل الماضي الذي انحصرت فيه نظرية (التحليل النفسي).

وتؤكد نظرية ليفين في المجال أن المجال النفسي تحدده العوامل الاجتماعية Social Factors أكثر مما تحدده العوامل الطبيعية. ويعتمد فهم ليفين في فهم السلوك على نظرة - غير تاريخية - فهو يرى علاقة متزامنة متعاصرة بين السبب والنتيجة: Contemporaneous، ويبرز هذا في دراسة الشخصية في أن أهمية الماضي تنحصر قيمته من حيث كونه حاضراً (هنا، والآن Here and Now). وقد ساعدت هذا المفاهيم في التعديل السلوكي والعلاج وفهمنا لشخصية الفرد وسلوكه.

٣- تأثير تيار علم نفس التعلم والتطور التجريبي:

إن من أهم الإنجازات التي حققها علم النفس التجريبي هي بحوث التعلم التي ولدت تأثيراً مباشراً على علم النفس الإكلينيكي في المجالين السلوكي والعلاجي. وقد أوضح (ميللر ودولار N. E. Miller + J. Dollard): في كتابها عن الشخصية والعلاج النفسي قيمة التعلم ونظرياته في فهم السلوك وتعديله في ضوء نظرية العاملين. وقد تأثر المؤلفان بأفكار (هل Hull) في التعلم.

ويرى الدكتور عطية محمود هنا بأن علم نفس التعلم قد يكون معجزة المستقبل القريب في رفع الحواجز التي بقيت تعزل بين علم النفس الإكلينيكي وعلم النفس التجريبي إلى سنوات عديدة،[١٣] وقد يساهم في توحيدهما وتقريب شقة الخلاف بينهما.

والذي يجب أن نسجله كإنجاز عظيم لنظريات التعلم؛ هو تقديمها (العلاج السلوكي) Behavioral Therapy إلى علم النفس الإكلينيكي.

٤ - تأثير تيار علم نفس الذات ونظرية الإطار المرجعي:

يقترن هذا الاتجاه باسم العالمين: سينغ؛ وكومس Syngg + Combs وقد اهتم كل منهما بالإطار (المرجعي الضمني الداخلي للإنسان) وعلاقته بالسلوك: Internal Frame of Reference بينما انصرف أصحاب المدرسة السلوكية الكلاسيكية والحديثة منذ واطسون إلى سكينار؛ انصرفوا للاهتمام بالإطار المرجعي الخارجي والملاحظة الخارجية لمظاهر السلوك: External Frame of Reference. وقد اختلفت هذه المدرسة عن التنظير التاريخي الذي تبلورت حوله مدرسة التحليل النفسي Historical Frame of Reference وقد اتضح هذا الاتجاه في بحوث (مورفي Murphy) عن الشخصية، وكتابات (ليكي Lecky) في مفهومه عن الاتساق الذاتي Self – Consistency وفي عصرنا الحاضر برز هذا الاتجاه بوضوح على يد صاحب العلاج المتمركز حول العميل العالم النفساني كارل راجرز Carl Rogers وهكذا ساهم هذا الاتجاه في فهم السلوك المرضي وتعديله وفتح الباب لظهور الاختبارات الإسقاطية.

٥) ظهور العيادات النفسية:

يذكر (والتر كوفيل) في كتابه The Psychology of Exceptionals بأن أول عيادة ظهرت في مستشفى بلوكلي بفيلادلفيا عام ١٧٥٣ Blochly Insane Asylum, وكانت قبل القرن التاسع عشر المؤسسة الوحيدة الأخرى للمضطربين عقلياً في الولايات المتحدة الأمريكية هي مستشفى الأمراض العقلية في فرجينيا عام ١٧٧٣؛ وقد حث (أبو الطب النفسي الأمريكي) بنجامين رش Benjamin Rush (١٧٤٥ - ١٨١٣) على ضرورة الاهتمام بمرضى العقول وقام بوضع أول برنامج للطب النفسي في أمريكا. وفي النصف الأخير من القرن التاسع عشر قادت حركة الإصلاح في ميدان الطب العقلي الأخصائية دوروثي ليند ديكس: Dorothea Lynde Dix (١٨٠٢ - ١٨٥٧) وتم على يديها إخراج المرضى من الملاجىء والسجون وامتد تأثيرها إلى كندا وانكلترا. وتشكلت بعدها في ولاية يوتيكا أول جمعية عام ١٨٤٦ باسم: الجمعية الطبية النفسية الأمريكية: American Medical - Psychological Asso في عام ١٨٨٠ وتحولت فيما بعد إلى جمعية الطب النفسي الأمريكية: American Psychiatric Association ويعتبر (لايتنر وايتمر: Lightner Witmer) من أوائل االرواد في تأسيس أول عيادة خاصة خاصة بمشكلات الأطفال عام ١٨٩٦ في جامعة بنسلفانيا: Pennsylvania University Clinic.

وقدم للجمعية الأمريكية لعلم النفس منهجاً إكلينيكياً في البحث والتعلم والتشخيص مشتقاً من اختبارات فردية طبقت على عينات كبيرة. ولم ينل من الآخرين التقدير اللائق به وبمجهوداته ويعتبر وايتمر Witmer أبو العيادات النفسية. وقد اشتهر في المجال العيادي (بيير C. W. Beer)،

في مساهمته بتحسين العناية بالمرضى المصابين بالأمراض النفسية والعقلية، وعلاجهم، ومحاولة الوقاية منها وفتح عيادات لإرشاد الأطفال.

الحركة العيادية في الوطن العربي:

كانت (جمهورية مصر العربية) الدولة الرائدة في الوطن العربي في البداية في تطوير الميدان الإكلينيكي والحركة العيادية. ويعتبر الأستاذ القباني والدكتور النحاس المؤسسين الأوَّلَيْن لإنشاء أول عيادة طبية تربوية نفسانية عام ١٩٣٤ بكلية التربية في جامعة عين شمس بالقاهرة. وقد شارك مع الرواد الأوائل الأساتذة المتخصصون كالدكتور عبد العزيز القوصي، وعطية محمود هنا، وعماد الدين اسماعيل، ومحمد فؤاد جلال، ومصطفى فهمي، وأحمد زكي محمد، واسحق رمزي، وعثمان فراج، وأحمد زكي صالح، وعبد المنعم المليجي، وسيد غنيم، وأحمد عبد العزيز سلامة، ومحمود زيور، وهدى برادة، وعبد السلام عبد الغفار، وحامد زهران، وغيرهم ممن يشغلون مناصب استشارية. ثم انشئت (العيادة النفسية للصحة المدرسية) ثم انشئت عيادة نفسية في كلية البنات الجامعية في كلية الآداب بجامعة عين شمس وكلية التربية بالجامعة الأزهرية، عدا العيادات النفسية المرتبطة في العلاج النفسي بمختلف المستشفيات. ولا يفوتنا الإشارة لعيادة الدكتور محمد عثمان نجاتي في الزمالك بالقاهرة، وعيادة الدكتور محمد أحمد غالي بالقاهرة والكويت.

أما في الجمهورية العربية السورية فقد بدأ مسيرة الصحة النفسية الدكتور جميل صليبا، والدكتور فاخر العاقل، وانطون المقدسي، وكامل العياد، ونعيم الرفاعي، وجمال الأتاسي، وهشام بكداش ومعظمهم أساتذة

في الطب النفسي وطب الأعصاب، وعلم النفس، والتربية وآخرون.

أما في الجمهورية اللبنانية فقد كان الدكتور نزار الزين واحداً من أعلام الحركة العيادية - الاكلينيكية في الجامعة اللبنانية ويجب أن لا ننكر مجهودات الجامعة الأمريكية في بيروت ومستشفاها في هذا المضار؛ ورواد أمثال عدنان حب الله ومنير شمعون ومصطفى حجازي وادوارد عازار وعبد الرحمن اللبان وغيرهم ممن يقود في لبنان حركة الطب النفسي والعلاج.

ولعل من أكبر الفجوات التي يتعرض لها الميدان الإكلينيكي وإخصائيوه في الوطن العربي هو (التشتت) وعدم التعارف، وعدم وجود وسيلة تربط بينهم أو تجمع جهودهم وثمة احتياجٌ ملحٌ لمؤتمر يقوم بتنسيق الجهود وافتتاح فروع قطرية وإقليمية لجمعية علمية لعلماء النفس كما هي الحال في كل دول العالم.

٦) ظهور الاختبارات وانتشارها: Testing Trend

على أثر انتشار العيادات؛ كان لا بد من تيار مماثل يضع في يد الأخصائيين أدوات التشخيص ووسائل التعيير والتقييم، ولم تكن مجهودات الفريد بينيه سوى البداية على هذا الطريق. ويمكننا تحديد أدوات القياس بنوعين رئيسيين:

أ- اختبارات قياس الذكاء. ب- مقاييس الشخصية.

أ- اختبارات قياس الذكاء: اجتاز اختبار بينيه مراحل عديدة من التطوير والتحسين، وبعد أن ترجم (جودارد) عام (١٩١٠) هذا الاختبار

إلى الإنكليزية، قام (كولمان) بتعديله كما قام علماء كثيرون بتطويره كان آخرهم تعديل تيرمان مع ميريل وصدر التعديل الأخير عام ١٩٣٧ وفيما بعد (ستانفورد - بينيه) في كاليفورنيا.

أما (اختبارات الذكاء الجمعية) فقد كانت بدايتها مع بدء الحرب العالمية الأولى حيث تكونت لجنة عسكرية بإشراف:
A.P.M: American Psychological Association.

ومؤلفة من (ر. م. يركيز Yarkes وآرثر أوتيس Arthur Atis)، وصدرت اختبارات الذكاء العسكرية (ألفاوبيتا) Army Alpha – Army Beta وهكذا فإن عام ١٩٢٠ شهد وجود اختبارات للذكاء بشتى أنواعها.

أما (اختبارات الاستعداد) فقد كان للحرب العالمية الثانية أثرها بظهورها. فنشر العالم (سيشور: Seashore) نتائج أعماله عن الموهبة الموسيقية، وكان اختباره لقياس جزئيات هذه الموهبة كإدراك الإيقاع، وتذكر النغمات وغيرها شيئاً جديداً زعم فيه سيشور بأن هذه القدرات هي المسؤولة عن النجاح المحتمل في المهن الموسيقية.

أما فيما يرتبط (باختبارات الميول) فقد قدم (فريد Fred) عام ١٩٢٢ اختباراً للميول المهنية: Occupational Interest Blank وقد استكمل تصميمه لاستخدامه في أغراض التوجيه المهني Vocational Counselling. وجاء بعده اختبار (سترونج) للميول المهنية: Strong Vocational Test في عام ١٩٢٧ وفي عام ١٩٤٣ توصل (كيودر Kuder) لاختبار للميول المهنية الذي يستخدم في العيادات للتوجيه الفني والمهني والتربوي.

أما اختبارات (القدرة الميكانيكية): Mechanical Ability فقد توصل

(ستنكويست) عام ١٩٢٣ لعدد كبير من المقاييس المرتبطة بجزئيات القدرة الميكانيكية.

وقد أصدر (جيزيل عام ١٩٢٨) مقاييس واختبارات خاصة بنمو الأطفال.

وتطورت (اختبارات الذكاء) فظهر اتجاه التحليل العاملي Factor Analysis) على يد العالم (سبيرمان) ونظرية العاملين ثم برزت على يد (تومسون) فكرة العوامل الطائفية: Group Factors ومفهوم الوصلات العقلية Mental Bonds وجاء كيري Carey وبيرت Burt وكيلي Kelley بمفاهيم جديدة عن الذكاء وتمكن (ثرستون Thurstone) من تطوير التحليل العاملي واكتشاف العديد من القدرات العقلية الأولية (كالعددية، واللفظية، وفهم معاني الألفاظ، والتذكر، والاستدلال بنوعيه الاستقرائي والاستنباطي، والعلاقات المكانية، والسرعة الإدراكية.

وجاء جيلفورد ليقرر وجود (١٢٠) عاملاً كقدرات عقلية عديدة، واستطاع تحديد (٨٠) منها عاملياً باستخدام الكومبيوتر وقدّم لنا نموذج المصفوفات المورفولوجي بجانب النموذج الهرمي.

وجاء (جان بياجيه) باختباره النمائي الجديد للذكاء وتقييم قدرات التلاميذ. وبرزت مفاهيم جديدة عن القدرات العقلية على يد (انستازي، وآيزنيك- وأصحاب اتجاه قياس الموجات الدماغية أمثال جان آرتيل) وغيرهم.

ونظراً لأن اختبار (ستانفورد - بينيه) كان محصوراً بسن الأطفال حتى سن ١٥ عاماً، فقد جاءت عام ١٩٣٨ محاولات وكسلر - بيلفيو لتصميم

اختبارين للذكاء (للأطفال وللكبار):

أ- Wechsller Children Intelligence Scale W. C. I. C.

ب- Wechsller Adults Intelligence Scale W. A. I. C.

ب- قياس الشخصية:

استطاع التقدم والتطور في اختبارات الذكاء إعطاء علم النفس الإكلينيكي دفعة قوية إلى الأمام وكانت بنفس الوقت أبحاث الشخصية وقياس جوانبها المختلفة تحرز تقدماً مماثلاً كان يعوقه فقط اختلاف نظريات الشخصية وتعددها. ويمكننا إيجاز المقاييس حسب تسلسلها الزمني:

١) في عام ١٩١٨ ظهر أول مقياس للعصاب Neurosis صممه العالم (وودوورث: Woodworth) وسماه: Personal Data Sheet وقام على أساس الأعراض الشائعة للعصاب.

٢) في عام ١٩٢١ ظهر اختبار (بريسي Pressey) لقياس الانفعالات وأطلق عليه: X-O Test.

٣) في عام ١٩٢١ أعد (وولكر Woelker) أول بطارية لاختبارات عملية لقياس الذكاء وقد استفاد منها (هارتشون وغيره) في قياس شخصية الأطفال بين ١٩٢٨ - ١٩٣٠.

٤) في عام ١٩٢٤ أصدر (مارتسون Martson) اختباراته عن الانبساط والانطواء على أساس مفهوم الأنماط المتعددة للشخصية.

٥) صدر بين (١٩٢٣ - ١٩٢٤) اختبار لقياس الحالات الانفعالية

وهو: Downey Will- Temperament.

٦) في عام ١٩٣١ درس (البورت وفرنون) القيم الشخصية: كالقيم الجمالية، والاقتصادية، والدينية، والسياسية، والاجتماعية، والنظرية.

ثم جاء (اختبار مانيسوتا المتعدد الوجوه)، وجاء اختبار (كورنيل وبرنرويتر وبيل) وغيرها.

أما (الاختبارات الإسقاطية Projective Techniques) فقد استهدفت الكشف على ما وراء السلوك الظاهر من دوافع ونزعات وخبرات وأنماط واستجابات وقد بدأها منذ عام ١٨٨٥ العالم غالتون Galton في اختبار وسائل تداعي الكلمات:Word-Association Technique والتي استخدمها فيما بعد بشكل مبالغ فيه العالمان (بلير ويونغ) في عام ١٩٠٥ وظلّت أداة إكلينيكية نافعة لسنين طوال.

ويعتبر اختبار (الرورشاخ الإسقاطي: Rorschach) قمة هذه الاختبارات في تحليل بقع الحبر. وقد نشره السايكاتري السويسري (هيرمان رورشاك عام ١٩٢١)؛ ولم تذع شهرته حتى عام ١٩٣٧ على يد العالمين: (بيك Bech و كلوبفر Klopfer).

وفي عام ١٩٣٥ أصدر (مورجان، وموري Morgan + Murray)، اختبار تفهم الموضوع للعيادات النفسية وأطلق عليه اسم: T. A. T. (Thematic Apperception Test). وأصبح بجانب اختبار الرورشاخ من أبرز الاختبارات الإسقاطية وجاء اختبار استكمال الجمل وتداعي الكلمات ورسم الرجل وغيرها[١٤].

وهكذا نجد بأن التيارات الستة المذكورة ساعدت مساعدة كبيرة في

إعداد المناخ الطبيعي لنمو علم النفس الإكلينيكي وتقدمه.

الاتجاهات الحاضرة والمستقبلية لعلم النفس الإكلينيكي:

تزداد أهمية هذا الميدان نظراً لازدياد الحاجة إليه في العصر الحاضر الذي يعاني منه الإنسان المعاصر الكثير من المعضلات المعقّدة. ومنذ انعقاد المؤتمر الدولي الأول للصحة النفسية عام ١٩٣٠ في واشنطن؛ بدأت الدول على شتى المستويات الفيدرالية والإقليمية والدولية بالاهتمام بأولوية (الصحة النفسية) وانبثق عن هيئة الأمم المتحدة (U. N) عدة مؤسسات للاهتمام بكيان الإنسان وحياته حاضراً ومستقبلاً وهي:

أ- منظمة الصحة العالمية World Health Organization.

ب- الهيئة التعليمية والعلمية والثقافية للأمم المتحدة (اليونيسكو) Unesco.

جـ- الاتحاد العالمي للصحة النفسية W. F. M. H

وبدأت تشريعات الصحة النفسية والاهتمام بها تأخذ المكانة الأولى في كل دولة. وقد صدر عام ١٩٤٦ في الولايات المتحدة لائحة خاصة أطلق عليها (اللائحة القومية للصحة النفسية)، وتأسس بعدها (المعهد القومي للصحة النفسية) ثم (الجمعية القومية للصحة النفسية) وبعدها (اللجنة القومية لمكافحة الأمراض العقلية).

وقامت البرامج ومراكز الصحة النفسية في جميع المستشفيات والعيادات والقطاعات ويعتبر (القسم الإكلينيكي: Clinical Dinision) في الـ

American Psychological Asso A. P. A. أكبر الفروع وأكثرها نشاطاً وحيوية.

وقد أشار العالم (آبت: E. L. Abt) إلى عدة انجازات حاضرة لعلم النفس الإكلينيكي وما تزال في حالة الارتقاء كتطلعات مستقبلية لا بد من استكمالها في كتابه: Progress in Clinical Psychology وحدد هذه الاتجاهات بالتالي(١٥):

١) إن علم النفس الإكلينيكي بدأ يتجه لوضع مفاهيمه وفروضه في صورة قابلة للاختبار والفحص Testable متمشياً مع أدق الأساليب المنهجية العلمية.

٢) بدأ علم النفس الإكلينيكي والمختصون فيه يدركون بأنه لا بد أن يتكامل هذا الميدان بالتفاعل مع غيره من العلوم وبالذات مع كافة فروع علم النفس وميادينه (منهجياً ونظرياً) وبذلك يضمن لنفسه النمو والاستمرار والتطور.

٣) إن علم النفس الإكلينيكي يحاول التوجه حاضراً ومستقبلاً نحو الاتجاه (الكمي) بالاعتماد على الاختبارات والقياس بجانب الوسائل التشخيصية الأخرى.

٤) أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اهتماماً بالتنبؤ Prediction وتعتبر أبحاث جلوك وجلوك Glueck + Glueck في الكشف عن الجناح مثالاً على الاهتمام بالتنبؤ.

٥) لم يعد ميدان علم النفس الإكلينيكي محصوراً في دراسة غير الأسوياء فقط The Abnormal وإنما أصبح مهتما أيضا (بنمو الأسوياء)

وتطوير مواهبهم The Normal وفي دراسات المجال، وتعتبر دراسات (بيك Beck) في الرورشاخ والشخصيـــة السويـــة وبحوث (روو Roe) في شخصية - العلماء البيولوجيين - مثالاً على ذلك.

٦) أصبح علم النفس الإكلينيكي أكثر اعتماداً على الميادين والعلوم الأخرى وعلى وجه التحديد علم النفس الاجتماعي، علم النفس الفارق، والأنثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية.

٧) بدأ علم النفس الإكلينيكي يهتم بوضع قضايا التحليل النفسي في صورة يمكن إجراء التجارب عليها.

٨) أصبح علم النفس الإكلينيكي يهتم بالأسس النظرية القائمة على البحث والدراسة للعلاج النفسي.

٩) بدأ علم النفس الإكلينيكي باستخدام نماذج الترميز (السيبرنيقا): Cypernetics إكلينيكياً بطريقتين:

أ- الإدراك بأن هناك (أساساً واحداً) للوظائف العقلية والاجتماعية ووسائل الاتصال المعدلة لذاتها.

ب- استخدام (التغذية الراجعة: The Feedback)، أو- التوريد العائد- على حد تعبير العالم الفيزيولوجي السوفييتي أنوكين، والاستفادة منها في معالجة كثير من التطورات القائمة في علم النفس الإكلينيكي.

١٠) بدأ علم النفس الإكلينيكي يعترف بالتفاعلات المتداخلة والعلائـــق، بـــدلاً من التفاعـــلات المسلسلـــة: (Sequential) Transactional + Intersactional ، أي أن علم النفس لم يعد يهتم بالظاهرة

السلوكية باعتبارها مثيراً ونتيجة فقط (S. R)، لكنه أصبح يهتم بعدة مثيرات متفاعلة وبنتائجها مجتمعة.

ويوضح الجدول رقم (١) ناحيتين:

أ- اتجاه العمل وتطوره في أمريكا بميدان علم النفس الإكلينيكي بالنسبة لبقية فروع علم النفس.

ب- مدى الاتجاه لاستخدام علم النفس الإكلينيكي تطبيقياً وعملياً.

جدول رقم (١) الوظائف الإكلينيكية للنفسيين

نوع الوظائف/ السنة	١٩٤٠	١٩٥٩	١٩٦٢	١٩٧٠
النفسانيون في الوظائف الأكاديمية	٧٥٪	٥٢٪	٤٧٪	٤٠٪
النفسانيون في الوظائف غير الأكاديمية	٢٥٪	٤٨٪	٥٣٪	٦٠٪

ويشير الجدول بأن تضاعف العدد بين ١٩٤٠ - ١٩٧٠ يصل تقريباً إلى ثلاثة أضعاف وهي نسبة مذهلة بين (٢٥٪ - ٦٠٪)، ومع الثمانينات والتسعينات فإن الرقم يتسارع في تصاعد متواصل يتناسب مع الاحتياجات القائمة والملحة.

حواشي الفصل الأول

(1) **Rotter B. Julian:** Clinical Psychology, **Prentice-Hall Inc.** Engle **Wood Cliffs-1964- New Jersey, U. S. A.**

(٢) إن الثمرة الأولى لهذه الكارثة تخريج جيل كامل منفصل ومعزول عن حضارته وتراثه، ويرى في الحضارة الغربية مرآته الوحيدة.

(٣) راجع للطبيب الكندي كتاب الحاوي، وكتاب الطب المنصوري وعشرات غيرها.

(٤) راجع - تراث الإسلام - د. شاخت وبوزورث - سلسلة عالم المعرفة (المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت) القسم الأول، والثاني، والثالث، أكتوبر ١٩٧٨، نوفمبر ١٩٧٨، ديسمبر ١٩٧٨.

* يرى الدكتور شاكر أحمد مصطفى بجامعة الكويت أنه لا بد من (إعادة كتابة التاريخ العربي) لأن عصورنا الذهبية صورها لنا المؤرخون المستعمرون بأنها عصور ظلام، وعصور الظلام عندهم نقرؤها على أنها نهضة وتقدم.

(٥) راجع د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي ص ٧، مكتبة مصر ١٩٦٧ - القاهرة.

(٦) راجع: دكتور عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٧٣ - ص ١٠٣، دار النهضة العربية - القاهرة.

(٧) راجع: د. جوليان روتر: **Julian. B.Rotter** Clinical Psychology, **Prentice- Hall, Inc, New Jersey, U. S. - 1964.**

(8) **Scott W. D.:** An Interpretation of The Psychoanalytic Method in Psychotherapy. Abnormal Psychol., 1908.

(٩) راجع د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية - ص ١٧، القاهرة - ١٩٧٣.

(10) **See. J. B. Rotter:** Clinical Psychology, Prentice- Hall Inc – New **Jersey, U. S. 1964.**

(١١) راجع: الدكتور مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي: ص ١٥ مكتبة مصر - القاهرة - ١٩٦٧ .

(١٢) راجع د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي، دار النهضة العربية - القاهرة - ١٩٧٣ - ص ١٨ .

(١٣) راجع: د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٧٣ (دار النهضة العربية - القاهرة).

(١٤) راجع د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - مكتبة مصر - القاهرة - ١٩٦٧ .

(15) Abt L. E.: Progress in Clinical Psychology, Vol 11. New York, Grune + Stratton-1956.

الفصل الثاني

علم النفس الإكلينيكي بين الحاضر والمستقبل

خطة الفصل المنهجية:

- مشكلة التعريف؟ ما هو علم النفس الإكلينيكي؟
  - تمهيد.
  - التعريف:

١) الاتجاه الطبي: بيش، هابرمان.
٢) الاتجاه المرضي الشذوذي: جودارد، والين.
٣) الاتجاه السلوكي: وايتمر، بروتماركل، دول.
٤) الاتجاه القياسي: برونير- ماتير.
٥) الاتجاه التوافقي: براون- روتر.

- تعريف جمعية علم النفس الأمريكي.
- تعريف هادلي.

- علم النفس الإكلينيكي! علم أم فن؟
- علاقة علم النفس بغيره من العلوم:

أ- الطب، ب- التحليل النفسي، جـ- الطب العقلي،

د- التوجيه المهني والتربوي، هـ- علم النفس الصناعي والتنظيمي،

هـ- الخدمات الاجتماعية والجناح.

- الأهداف المعاصرة في علم النفس الإكلينيكي لعام ٢٠٠٠.
- أهمية ومجالات علم النفس الإكلينيكي:
  - الحاجة الملحة لعلم النفس الإكلينيكي.
  - إحصائيات مذهلة.
  - المجالات النظرية والتطبيقية لعلم النفس الإكلينيكي.

الفصل الثاني

علم النفس الإكلينيكي بين الحاضر والمستقبل

مشكلة التعريف:

ما هو علم النفس الإكلينيكي؟

تمهيد:

لقد أثارت مشكلة التعريف في العلوم الإنسانية كثيراً من الخلافات بين العديد من العلماء نظراً لاختلاف (الإطار المرجعي والمنطلق) الذي يحاول كل عالم أن يعرف به العلم أو الظاهرة التي يتناول معالجتها. ولما كانت الأمانة الموضوعية العلمية هي التي يجب أن تتحكم في تفكير العالم وسلوكه فإن واجبنا أن نعرض للقارىء هذه الوجهات المتعددة للتعاريف التي تعبر عن- منطلقات مدرسية- كالمدرسة السلوكية والمدرسة القياسية والمدرسة التوافقية وهكذا.. وحسبنا من عرض التعاريف بشكل (مكثف موجز) أن نضع القارىء أمام جوهر التعريف الذي يتناوله علم النفس الإكلينيكي.

لعل أول ما يبدو للإنسان هو أن علم النفس الإكلينيكي هو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يتناول بالدراسة والتحليل سلوك الأفراد الذين يختلفون في سلوكهم اختلافاً واضحاً عن غيرهم من الناس؛ The Unusual

مما يدعو إلى اعتبارهم شواذ Exceptional أو غير أسوياء لسبب أو لآخر، بقصد مساعدتهم للتغلب على مشكلاتهم وتحقيق، تكيف أفضل لهم: Adjustment + Adaptability ولا بد من عرض (الاتجاهات الرئيسية) التي عالجت مشكلة التعريف من (منطلقات آكاديمية وتجريبية) وهي:

١) الاتجاه الطبي: بيش - هابرمان.

٢) الاتجاه المرضي - الشذوذي: جودارد - والين.

٣) الاتجاه السلوكي: وايتمر - بروتماركل - دول.

٤) الاتجاه القياسي: برونير - ماتيـر.

٥) الاتجاه التوافقي: براون - روتر.

١ - الاتجاه الطبي: Medical School

ويتمسك هذا الاتجاه على يد الطبيب (بيش BISCH ١٩٢٥) بالأساس الطبي للعلم وللمختص فيه. ويقرر بأن «علم النفس الإكلينيكي» هو علم مبني على الخبرة الإكلينيكية: Clinical Experience ولا ينبغي لأحد أن يعتبر نفسه أخصائياً إكلينيكياً نفسانياً ما لم يكن لديه تدريب وخلفية طبية؛ ويضيف (بيش) في كتابه: Clinical Psychology 1925 بقوله:.. وإن على الطبيب العادي أيضاً أن يؤدي تدريباً نفسانياً إذا كان يعوزه ذلك. وطبيعي أن يركز الاتجاه الطبي على وسائله الخاصة في التشخيص وفي العلاج[1]. وقد أكد (هابرمان Haberman) على علم نفس طبي علاجي. وقد اعترض العالم النفساني (لوتيت LOUTTIT) على هذا التعريف بأنه لا يرتكز على أسس قوية؛ وهو يعكس معرفتنا القديمة للطب بالمفهوم اليوناني

ولقد وحد العصر الحديث بين الترابط بين علم النفس والطب ولهذا فلم يعد ثمة حاجة ضرورية بأن يقتصر العلاج الإكلينيكي على أولئك الذين حصلوا على تعليم طبي؛ وقد مضى على هذا التعريف ما يزيد على (٧٥) عاماً. ويدحض الواقع هذا التعريف عملياً؛ فإن معظم أقطاب العلاج الإكلينيكي النفساني ممن ليس لديهم أي خلفية طبية ونذكر منهم:

كارل راجرز، جورن آلبورت، وليام غلاسار، إيريك فروم، روللومي، ابراهام ماسلو، جوزيف موتين، ڤيكتور فرانكل، آرثر جانوف، بال بيندرم، جورج مێجار، فردريك ستولار، إيان آلغير، إيروين سينغر، داڤيد هارت، وأيضاً ف. ب سكينار وآلاف غيرهم[٢].

وفي الوطن العربي الدكتور محمد أحمد غالي، والدكتور محمد عثمان نجاتي وعشرات غيرهم.

٢ - الاتجاه المرضي والشذوذي: Pathological + Abnormal School

ويتزعم هذا الاتجاه العالم جودارد H. H. Goddard عام ١٩١٩ والذي يرى أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يعنى بالفحص الشخصي للفرد الشاذ عقلياً أو الأقل ذكاء : Subnormal. ويرى (والين Wallin) أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يتعرض إلى الجوانب العملية العقلية لسلوك الشواذ عقلياً وفحصهم بأساليبه الخاصة بالملاحظة والاختبار والتجربة. وقد انتقد علماء النفس هذا التعريف وبالذات (وايتمر Witmer) في أن علم النفس الإكلينيكي لا يعنى فقط بغير الأسوياء وإنما يهتم أيضاً بالأسوياء ونموهم وتطويرهم[٣].

٣- الاتجاه السلوكي: Behavioral School

وقد ركز أقطاب هذا الاتجاه على (السلوك) باعتباره الميدان والهدف وموضوع الدراسة، والتشخيص.

أ- وايتمر L. Witmer: ويرى أن علم النفس الإكلينيكي يجب أن يدرس سلوك الفرد وعقله ونفسه (بالملاحظة والتجريب) ويتم نمو العقل والنفس بعلاجها تربوياً كما فعل في جامعة بنسلفانيا بدراسته لمشكلات الأطفال.

ب- بروتماركل Brotemarkle: الدراسة يجب أن تدور حول أنماط السلوك المنتظمة فيما بينها Inter-organized patterns وتطبيقها على الإنسان الفرد بعد تحليل إمكانياته وقدراته، والاستفادة من كافة المؤثرات العلمية طبياً، واجتماعياً، ونفسانياً للوصول للسلوك الأكمل.

وظائف ومسؤوليات علم النفس الإكلينيكي عند بروتماركل[٤]:

يحدد (بروتماركل) ست وظائف ومسؤوليات لعلم النفس الإكلينيكي وهي:

١) تحليل أنماط استجابة الفرد وقدراته.

٢) اكتشاف أسباب نشأة هذه الأنماط.

٣) تفسير تكاملها في السلوك الإنساني.

٤) دراسة تكيف الفرد على أساس ما سبق ذكره.

٥) تخطيط منهج لإعادة التكيف أو التوافق.

(٦) تقديم التوصيات الخاصة بطريقة تطبيق هذا المنهج أو المساعدة على تنفيذه، أو تطبيقه بطريقة مباشرة في بعض الأحيان.

جـ- دول **Doll**: وهو أحد تلاميذ (وايتمر) ويؤيد ما ذهب إليه (بروتماركل) ويشير بأن: علم النفس الإكلينيكي يحاول تشكيل عملية توحيدية بين الخصائص العقلية والجسمية والاجتماعية جميعاً في تقييم مركب ذي معنى بالنسبة للتكيف الشخصي في علاقات الفرد مع المجتمع والمؤسسات الاجتماعية. وقد عبر عن مثل هذا المعنى أيضاً جيزيل Gesell وهيجي Hegge وماكسفيلد Maxfield وباينتر Paynter وتيرمان Terman ووالين Wallin وواطسون Watson وويلز Wells. وهناك من علماء النفس من يرى بأن أصحاب التعريف السلوكي أثاروا فكرة (العلاج) في تعاريفهم ولكنهم أهملوها فيما بعد.

٤ - الاتجاه القياسي: Testing and Measurement School

وكان من أعلام هذا الاتجاه العالم (برونير Bronner في معهد البحوث الجنائية بشيكاغو):

Institute for Juvenile Research in Chicago

وهو يرى أن الاختبارات إجرائياً وتفسيرياً هي المجال الأساسي لعلم النفس الإكلينيكي. أما (ماتير Mateer) فيشدد على أن التشخيص يجب أن ينحصر بالإطار الكمي للاختبارات:

Quantitative Diagnosis by tests.

وقد انتقد بعض علماء النفس هذا التعريف لتجاهله ديناميات السلوك.

٥ - الاتجاه التوافقي: Adaptability + Adjustment School

ويعتبر (براون ١٩٦٨ Brown) ممثلاً لهذا الاتجاه الذي أوصت بأهميته جمعية علم النفس الأمريكية (A.P.A) والذي يعتبر أن رسالة علم النفس الإكلينيكي وتعريفه وموضوعه هي أنه يجب أن يعالج مشكلات توافق الفرد مع نفسه وبيئته ومجتمعه وتحقيق ذاته.

ويؤكد مفهوم التوافق العالم (جوليان روتر Julian Rotter ١٩٦٤) بقوله:

«إن علم النفس الإكلينيكي هو ميدان تطبيقي يهتم بعملية التكيف - التوافق النفسي للأفراد، ويتضمن هذا التوافق مشكلات عدم الشعور بالسعادة مثل مشاعر عدم الارتياح أو الإحباط، أو عدم الملاءمة، أو القلق أو التوتر في الفرد. كما يتضمن علاقات الفرد مع غيره من الناس ومطالب المجتمع الواسع الذي يعيش فيه، وأهدافه، وعاداته»[٥].

ويرى بعض النقاد أن عيب هذا التعريف - عدم تمييزه - بين الميدان الإكلينيكي وغيره من ميادين علم النفس، ويعتقد آخرون أن (جوليان روتر) فتح بهذا التعريف الصلات مع الطب النفسي، والخدمة الاجتماعية وعشرات العلوم الأخرى.

وقد عرفت اللجنة الإكلينيكية في جمعية علم النفس الأمريكية؛ ميدان علم النفس الإكلينيكي بأنه «**صورة من صور تطبيق علم النفس وهو يهدف إلى تحديد إمكانيات السلوك وخصائصه عند الفرد؛ عن طريق وسائل القياس، والتحليل، والملاحظة، والذي يقوم على أساس لكامل النتائج التي يصل إليها، بالإضافة إلى نتائج الفحص الجسمي وتاريخ**

الحالة، واقتراحاته، وتوصياته، لتحقيق تكيف توافقي ملائم للفرد »[٦].

وعلى الرغم من أن الجهود كلها لم تصل إلى (تعريف شامل قاطع) يقنع به علماء النفس جميعاً رغم اختلاف منطلقاتهم وتفسيراتهم؛ فإن الخلاف رغم كونه أحياناً (ماثودولوجياً) فإن ثمة التقاء فعلياً في الهدف؛ وفي نظرنا غالباً ما يكون الخلاف لغوياً أو تعليلياً: (Semantic).

ويبدو في تقريرنا أن (هادلي: Hadley ١٩٥٨)؛ في تعريفه كان أقرب إلى الاعتدال والشمول من غيره ممن سبق، لا سيما في تركيزه على الأسس الثلاثة:

(التشخيص، والعلاج، والبحث):

Diagnosis, Therapy and Research

بقوله: « إن علم النفس الإكلينيكي هو العلم الذي يستخدم مبادىء علم النفس ومعلوماته في تقييم سلوك الفرد وفهمه، Diagnosis، ووضع التوصيات Therapeutic Plan، والقيام بأنواع النشاط التي تؤدي إلى تعديل السلوك، .Therapy and Behavioral Modification وكذلك إجراء البحوث Research التي تؤدي إلى تنظيم السلوك الفردي وتكيفه: Adjustment؛ وإمكانية التنبؤبة: Prediction[٧]».

علم النفس الإكلينيكي! علم أم فن؟

لقد أثار (السؤال الماثودولوجي) الذي يتمثل بالنزعة الطبيعية في علم النفس التجريبي؛ الذي يعتمد على الإحصاء والمختبر والتجربة؛ من ناحية؛

والمنهج الذي يسير فيه علم النفس الإكلينيكي وهو أسلوب دراسة الحالة، مشكلة جذرية في اتهام علم النفس الإكلينيكي بأنه لا يمكن أن يسمى (علماً)، لأن التشخيص والعلاج فيه يتعرضان إلى مشكلات تسود فيها - التفسيرات الذاتية - للمحلل النفسي وخبرته الشخصية ومهارته في الممارسة. ويرى القياسيون والتجريبيون بأن (الإكلينيكي) عموماً يفتقر إلى أدوات قياس صارمة ودقيقة، لهذا فإن عمله غالباً ما يمكن أن يطلق عليه بأنه (فن) أكثر مما هو علم بالمعنى الصحيح. ويدافع الإكلينيكيون عن موقفهم بأنهم يتعاملون مع (إنسان) تتضمن علاقاتهم معه (ديناميات سلوكية) خاصة بطبيعته؛ ولا يمكن بمجال ضبطها والإحاطة بها على الشكل الذي يمكن فيه ضبط سلوك الفأرة في المختبر وهذا ما يجعل كافة الاختبارات ووسائل الضبط عاجزة عن التفسير الكامل والإحاطة الدقيقة بالسلوك الإنساني.

ولقد شهدت السبعينات والثانينات لهذا العصر تطوراً ملحوظاً أدخل علم النفس الإكلينيكي في المجال العلمي حتى من الناحية (المائودولوجية) باستخدامه معظم الوسائل العلمية ووسائل التقييم التشخيصي وكأن أحلام (لاجاش) في الوحدة بين علم النفس التجريبي والإكلينيكي قد بدأت تسير في خطواتها الأولى. فقد باشر الإكلينيكيون بتطبيق الاختبارات المقننة بشتى أنواعها، واختبارات الذكاء، والفحوص الطبية لتساعد كلها في نهاية المطاف على رفع درجة الدقة والتنبؤ Accuracy + Prediction فهو بذلك يقترب بكل ما يمكنه أن يفعل منه (علماً)، ولكن طبيعة الديناميات التي يتعامل معها تجذبه جذباً للطرف الآخر في أن يكون (فناً). وفي اعتقادنا أن التبادل والتعاون المائودولوجي أصبح ممكناً. إن الفصل والحسم النهائي في هذا التساؤل يجعلنا ندرك أن علم النفس الإكلينيكي لا يمكنه أن يكون

(فناً فقط أو علماً فقط) فهو في الحقيقة يمثل (الجانبين معاً) لأن التعامل الإنساني يختلف عن التعامل مع أرقام الرياضيات أو معادلات الكيمياء؛ وهذا لا يمنع مطلقاً من الاستفادة من كل مقاييس العلم وأدوات القياس.

ويرى (جوليان روتر J. Rotter) أن الضرورة تقودنا - للإجابة على هذا السؤال - أن نتفحص (نقدياً) المنهج الذي يرتكز عليه علم النفس الإكلينيكي وهو منهج دراسة الحالة. إن الغاية على ما يبدو من دراسة الحالة هي فهم المشكلة المطروحة من مصادر عديدة، والغاية الجوهرية والبعيدة هي القدرة على التنبؤ؛ فطالما يسير علماء النفس بطرق ومناهج تتطابق مع مناهج البحث العامة في العلوم فإن التنبؤ بسلوك الفرد في المستقبل يبدو ممكناً وهنا علم النفس الإكلينيكي يعتبر علماً. ولكن حين يكتفي علم النفس الإكلينيكي بوسائل التقييم الذاتي فإنه يتحول من علم إلى فن.

علاقة علم النفس الإكلينيكي بغيره من العلوم

لقد أدركنا مما سبق أن علم النفس الإكلينيكي يتضمن مجالات ثلاثة رئيسية هي التشخيص والعلاج والبحث في السلوك الإنساني؛ وطبيعي أن تضمه هذه المجالات في علاقات متعددة ووثيقة مع غيره من الميادين والعلوم كالطب، والتحليل النفسي، والطب العقلي، والتوجيه المهني والتربوي، وعلم النفس الصناعي والتنظيمي - الإداري، والخدمة الاجتماعية وميدان الجانحين على الشكل التالي:

أ - الطب: يهتم الطب بدراسة أمراض الجسم وتشخيصها وعلاجها. وقد

ازدادت أهميته في العصور الحديثة نظراً للتقدم في وسائل الجراحة والعلاج الكهربائي والنووي وعلاج الأشعة وكان لا بد لعلم النفس الإكلينيكي من الاستفادة والتعاون مع المجهودات الطبية في عمليتي التشخيص والعلاج لأن ما يقدمه الطب للمريض لا يجوز بحال نكران أهميته. ولقد أثبتت البحوث ما بين المرض الجسدي من علاقة بالمرض النفسي والعقلي وأثر هذه العلاقة في (سوء التكيف) أو تعديله وتحسينه. ومن الطبيعي تكون العلاقة أوثق مع (الطب النفسي) لاشتراكهما في دراسة الأمراض العصابية والذهانية.

ب- **التحليل النفسي**: وهو الميدان الذي ارتبط باسم (فرويد) والذي يهتم بتحليل الخبرات الطفولية المبكرة للفرد؛ والعمل على تحديد صراعات اللاشعور وعلاقاتها بسلوك الفرد وحالته المرضية. وقد بدأ (التحليل) كمنهج تشخيص وأسلوب علاج على يد كثير من الأطباء والعلماء وكانت علاقات علم النفس الإكلينيكي به من أطرافها الثلاثة العلاجي والتشخيصي والبحث Research.

جـ- **الطب العقلي**: لم يكن غريباً أن تغص المستشفيات العقلية بالطبيب العقلي والأخصائي الإكلينيكي منذ البداية وحتى الآن بأعداد كثيرة، فكلاهما يهتم بالقياس العقلي وتشخيص الاضطراب والتعاون في العلاج والإرشاد النفسي.

د- **التوجيه المهني والتربوي**: إن التطور المتواصل الذي أحرزه علم النفس الإكلينيكي في تصميم الاختبارات التحصيلية والمهنية واختبارات الميول واختبارات الاتجاهات والقيم، إن هذا التطور وضع الأخصائي

الإكلينيكي وجهاً لوجه شريكاً في عمليات التوجيه المهني والإرشاد التربوي.

هـ- علم النفس الصناعي والتنظيمي: لقد دخل الأخصائيون الإكلينيكيون في مجال الصناعة، والإدارة بحكم كشفهم عن العمال المضطربين نفسياً، وإعداد برامج توجيههم وعلاجهم ولتنسيق برامج الرعاية النفسية ومشكلات العمل كالتعب والحوادث ونظام الحوافز. وقد بدأت كثير من الشركات في افتتاح مكاتب خاصة للصحة النفسية كما فعلت المدارس أيضاً. وبدأت (العيادات النفسية) في الشركات والإدارات والوزارات والمؤسسات تساهم أيضاً في تحليل العمل، وتحليل العامل وبناء جسور الموافقة بينها لتطوير العمل ورفع الكفاية الإنتاجة معتبرة (الإنسان) والعلاقات الإنسانية محوراً لعملها ونشاطها.

و- الخدمات الاجتماعية والجناح: أصبحت مكاتب الخدمة الاجتماعية ومؤسسات الأحداث والجانحين تعتمد اعتماداً كبيراً على الأخصائي الإكلينيكي لدراسة الحالات، وإجراء المقابلات، وكتابة التقارير إلى المحاكم والمؤسسات القضائية. وقد كان من رواد هذه المكاتب الإكلينيكية العالم هيلي W. Healy الذي أسس في بوسطن منذ عام ١٩١٧ مكاتب خاصة بالأحداث، والعالم (أوغسطا برونر A. F. Bronner)؛ الذي أسس في شيكاغو عام ١٩١٩ مكاتب خاصة أيضاً بالجانحين. أما في جمهورية مصر العربية فقد كان من رواد هذه الحركة الدكتور عبد العزيز القوصي والدكتور عطية محمود هنا والدكتور عبد السلام أحمد.

الأهداف المعاصرة في علم النفس الإكلينيكي
لعام ٢٠٠٠

إن العالم الذي نعيش فيه عالم متغير؛ وإن سرعة التغير فيه لم يعد قياسها عملاً سهلاً حين تصل إلى ما يزيد على سرعة الصوت في طائرة تتحرك بنا حول الأرض وتصلنا بأقطارها بينما ينفصل الجار عن جاره لشهور وسنين وهما يسكنان معاً في بناء واحد. إن ثمة (فجوة إنسانية مذهلة) كما صوّرها جان بول سارتر في كتاباته. وإن علم النفس الإكلينيكي في تطوره المستمر ومسارعته مع التغير إنما يحاول (محاولة متواضعة) أن يملأ هذه الفجوة القائمة بين الإنسان ونفسه، وبينه وبين غيره. ويمكننا تحديد أهدافه المعاصرة بالتالي:

١) العمل على اكتشاف أسس الصحة العقلية والنفسية والارتقاء بها للأفراد والجماعات.

Discovery of The Principles and Laws of Mental Health for Groups and Individuals.

٢) تطبيق مبادىء الصحة النفسية والعقلية للانتقال بالأفراد والجماعات لحالة أفضل من الانسجام والتوافق.

The Application and Implementation of Mental Health Programs for The Adjustment of Individuals and Groups.

٣) التحرك في أساليب العلاج من (الحالات الفردية) إلى (الأسلوب الجماعي) لأن الأغلبية الساحقة من البشر ترزح اليوم تحت أعباء

الضغط والكآبة؛ بينا يجلس على الطرف الآخر القليل ممن يفضل التفرج على المعاناة.

Moving Towards Group + Community Therapy[٨].

ويعتبر (ماثيو ديونت): Matthew Dumont أحد عمالقة هذا الاتجاه.

٤) التركيز نحو تحويل الاتجاهات وتعديل السلوك لمصلحة الفرد والمجتمع.
Change of Attitudes and Behavioral Modification

٥) الاهتمام الزائد بدور الاختبارات والقياس والأسلوب التجريبي والمناهج العلمية والتنبؤ: Testing + Prediction

٦) الارتباط الدائم بالواقع: Reality في تشخيص جذور المرض وفي اقتراح سبل العلاج وتغيير الواقع البيئي كشرط أساسي لإعادة المريض إلى الواقع[٩]. ويعتبر العالم(ويليام غلاسار)أحد أقطاب هذا الاتجاه.

أهمية ومجالات علم النفس الإكلينيكي

الحاجة الملحة لعلم النفس الإكلينيكي:

أصبحت العناية بصحة الأفراد النفسية في المجتمعات المتقدمة مؤشراً على اهتمام حكوماتها بالمواطنين في عصر معقد؛ يسيطر عليه التنافس، وتكاد تبتلعه المقاييس المادية المحضة التي سلبت من الناس مشاعرهم ووجدانهم وحولتهم إلى مجرد آلات صغيرة تتحرك في ذلك الخضم الكبير من

الإنتاج. ولعل الدكتور (ريز) رئيس الجمعية الدولية للصحة العقلية كان صادقاً في التعبير عن مدى حاجتنا لميدان يهتم بمشكلات الإنسان وحضارته حين قال في المؤتمر الثاني عشر للصحة العقلية في (برشلونة)/ سبتمبر/ ١٩٥٩ ما نصه.

« ... عندما تنتشر الأوبئة والأمراض في قطر من الأقطار، يعم الذعر بين المسؤولين، وتوجه كل الجهود، وتبذل الملايين لمكافحة الأمراض والأوبئة لضمان الحياة السليمة للمجتمع. ولكن هناك ناحية أخرى في حياة المجتمع يجب ألا تقل العناية بها عن العناية بمكافحة الأمراض والأوبئة، ونعني بها العناية بصحة المجتمع النفسية والعمل على تجنيب أفراده كل ما يعصف بحياتهم وطمأنينتهم وراحتهم النفسية؛ إن أبرز ما يتصف به القرن العشرون أنه قرن تسوده عوامل الصراع والتطاحن والحرب النفسية، لدرجة جعلت كثيراً من سكان العالم في بقاع مختلفة يعيشون على حافة الهاوية. كل هذا دعا الباحثين في العوامل الإنسانية وعلم النفس على وجه خاص، أن يطلقوا على هذا العصر لقباً مميزاً هو (عصر القلق: Anxiety Age)، وليس غريباً أن يطلق هذا الاسم على عصرنا هذا.

إن الاضطراب النفسي قد تفشى بين الناس في القرن العشرين، وأصبح يسيطر على كثير من مظاهر سلوكهم حتى أصبح المحور الذي تدور حوله الأبحاث المختلفة في تعليل كثير من مظاهر سلوكنا الخارجة عن المألوف. لقد تعرض العالم إلى حربين عالميتين، نشرتا في نفوس الناس القلق والدمار والتشويه والأمراض التي انتقلت إلى أحفادهم، وأشاعتا الذعر والخوف والارتباك في النفوس، وجرتا على الإنسانية ضغطاً اقتصادياً خانقاً عانى البشر منه أنواعاً كثيرة من الضيق والاضطراب، وقاسوا

ضروباً شتى من العوز والحرمان. وفي مقدمة العوامل التي تساعد على شيوع الاضطراب النفسي بين الأفراد في الوقت الحاضر، تقدم المخترعات الحديثة التي يقصد بها إهلاك النوع البشري؛ فإنها من عوامل إثارة القلق؛ لأنها وسائل للفناء والموت في حرب ذرية لا يعلم مداها أحد».

إن نظرة متأملة إلى عصرنا الهيدروجيني النووي الذي نعيش فيه تجعلنا نشعر بالقلق الذي أصبح يهدد كل إنسان؛ فقد ذكر تقرير صادر عن (البنتاغون) أن ميزانية المصروفات العسكرية الأمريكية وصلت إلى (٢٠٠) بليون من الدولارات لعام واحد، ولا شك أن الرقم يزداد بالنسبة للاتحاد السوفييتي. العالم يتقدم تحت ستار الحرب الباردة، أو أقنعة الوفاق الدولي نحو حرب نووية ثالثة مدمرة، والأسلحة المخزونة تكفي لتدمير مساحة من الأرض تزيد (٦٠٠) مرة على مساحة الكرة الأرضية. التضخم المالي مرتبط بأزمة الطاقة في العالم؛ وأزمة الطاقة مرتبطة بغلاء الأسعار وازدياد الصراع والتنافس وازدياد الفقر والجريمة والأمراض النفسية والعقلية والتصاعد المذهل في الإحصائيات للانتحار والطلاق.

إن اختلال ميزان القوى بين المعسكرين هو مجرد وسيلة وذريعة لصب الغضب والعدوان النووي على الشعوب الضعيفة التي تشكل ثلثي سكان العالم ويسودها الجوع والجهل والمرض والفقر والغياب الكامل لأي وجه من وجوه الحرية أو الديمقراطية أو العدل الاجتماعي.

ولقد أشارت العالمة النفسانية (كارن هورني) بأن أسباب القلق المعاصر نابعة من الحضارة والثقافة والبيئة وأن الإنسان المعاصر يكتوي بها وضربت أمثلة عليها:

التنافس، المادية الطاغية، الفردية التضخم؛ عدم المساواة في الفرص

والميادين كالممتلكات وفرص التعليم والصحة والسكن، وانتشار الاستغلال والجريمة.

وفي تقديرنا أن اضطراب العلاقات الإنسانية هو ثمرة لهذه النكبات وهو بـــدوره يؤدي بالإنسان إلى الاغـتراب ,Alienation والانعزال الوجداني، والفقر العاطفي، والشعور بفراغ الحياة وعدم جدواها، وفقدان التوازن النفسي، وشعور الفرد بالعجز والتهديـــد: Hopeless and Powerless.

ومما يضرم في الإنسان الشعور بالقلق والاضطراب ضربات (الظلم الاجتماعي) وأساليب (التربية الخاطئة) و(التفكك العائلي) فيقع الفرد فريسةً للآلام والكآبة والإحباط والمصاب.

ويزيد الأمور تعقيداً (المهازل) التي تجري في الكثير من المستشفيات النفسية والعقلية التي يحتكر فيها الأطباء استعمال الحقن والأدوية لتخدير المرضى بمسكنات مؤقتة؛ تولد مضاعفات رهيبة وعلى الأخص في دول العالم الثالث التي لا تقدر قيمة العلاج النفسي وأخصائييه حتى الآن، وتلعب غفلة المسؤولين عن ذلك دوراً إضافياً في تصعيد حدة المشاكل التي يعاني منها المرضى في الأمراض النفسية والعقلية؛ ويتحول المجتمع بأكمله إلى (مستشفى واسع) يبحث عن متخصصين لعلاج مشاكله.

إحصائيات مذهلة:

يشير (فيلكس وكريمر) في مقالها: (١٩٥٣):

Extent of The Problem of Mental Disorders

بأن ما يزيد على ٧٥٠,٠٠٠ مريض بمرض عقلي يترددون على مستشفيات الأمراض العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية، وأن الأشخاص الذين يعانون من أعراض المرض العقلي يشغلون ٥٠٪ من الأسرَّة الموجودة في المستشفيات والذين يعانون من أعراض المرض النفسي العصابي يصلون إلى ٦٥٪ من أسرة المستشفيات، وأن الفصاميين يمثلون نصف المرضى العقليين في أمريكا[١٠].

وقد ذكرت دراسة أجريت حول الأمراض النفسية في ولاية (ميري لاند) وولاية (تينسي) بأن ما يقرب من (٣ - ٤) لكل ألف من السكان يعانون أعراض المرض النفسي.

وفي دراسة أخرى أجريت لمدينة نيويورك التي تزيد حالياً على (١٢) مليوناً بأن ٣٠٪ من السكان أي ما يزيد على (٤) ملايين بمدينة أمريكية واحدة يعانون من أعراض إكلينيكية نفسية كافية لأن تؤدي إلى اضطراب حياتهم اليومية. وتضيف الدراسة بأن من أصل (٢٦٠) مليوناً في أمريكا يصل عدد المصابين بأحد الأمراض النفسية أو العقلية إلى ما يقارب من (١٠) ملايين يعاني (الربع منهم فقط) أمراضاً جسمية وعصابية.

وفي إحصائية أخرى للعالم غولدهامر والعالم مارشال في كتابها Psychosis and Civilization يشيران بأن هناك أكثر من ٦٪ من السكان يعانون نوعاً من سوء التوافق وأن عدد الذين يدخلون مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية يزيد على عدد الذين يتخرجون من كافة الجامعات والكليات سنوياً، وأن ٧٥٪ من المرضى الذين يتردّدون على الأطباء الجسميين يعانون بعض الاضطرابات النفسية الانفعالية[١١].

ويشير (نورمان كاميرون: N. Cameron) في كتابه[١٢]:

The Psychology of Behavior Disorders.

أن من أخطر المشكلات التي تقلق المواطن الأمريكي إلى شيوع ظاهرة انتشار المخدرات، واضطرابات السلوك: Behavioral Disorder حتى أنها تكاد تصبح مشكلة قومية عامة. ويوجد في مستشفيات أمريكا ٦٠٠,٠٠٠ معظمهم ذهانيون: Psychotics والبقية منهم فصاميون: Schizophrenics وهذا العدد يفوق كافة مرضى الأجسام أو الأمراض التي تتطلب عمليات جراحية في المستشفيات الأمريكية.

وتشير تقارير إدارة الصحة الأمريكية بأن النفقات السنوية لخدمات الرعاية والعلاج السايكايتري وصلت إلى ٢١٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار ويضاف إلى هذا التقرير ما ينفق على علاج المرضى الذهانيين فإن إجمالي التكاليف السنوية يرتفع إلى ٧٧٧٠٠٠ ,٠٠٠ دولار. ويؤكد (كاميرون) أن تقدير هذه المشكلة (إحصائياً) هو أمر صعب لعدم وجود إحصائيات دقيقة لدى المستشفيات (،) ولكن هذه الفكرة عموماً تعتبر مبرراً كافياً: Rationale لظهور علم النفس الإكلينيكي كجواب يتصدى لهذه المشكلات ويتناولها بالتشخيص والعلاج والمتابعة والبحث.

المجالات الرئيسية لعلم النفس الإكلينيكي

عرفنا مما سبق أن علم النفس الإكلينيكي يهدف لتطبيق المبادىء السيكولوجية للسلوك وخاصة ما يتصل منها بميدان علم النفس المرضي على الفرد موضوع الدراسة في العيادات النفسية. فهنا تبرز الوظيفة التطبيقية

لعلم النفس الإكلينيكي Operational Function. ويرى العالم (شافر والعالم لازاروس) في كتابها: Fundamental Concepts in Clinical Psychology بأن الخلاف بين العلماء في تحديد موضوع علم النفس ومجاله يعود لاختلاف وجهات النظر.

وفي اعتقادنا أن المجال الموضوعي الجوهري الذي يتناوله علم النفس الإكلينيكي هو تشخيص الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك وعلاجها، ويستخدم لتحقيق ذلك أدوات ووسائل علمية. ويتم عادة هذا التشخيص، وذلك التوجيه والعلاج في عيادة أو مكان مشابه مخصص لهذا الفرض.

ويحدد الدكتور مصطفى فهمي (ثلاثة مجالات رئيسية)[١٣] لعلم النفس الإكلينيكي وهي:

أولاً- الدراسة النظرية وتشمل:

١- دراسة الشخصية

أ- نظرياتها.

ب- عوامل نمو الشخصية.

٢- الأمراض النفسية والعقلية

أ- ما هو المرض النفسي؟ وما هو المرض العقلي؟ وما الفرق بينهما.

ب- تصنيفات الأمراض العقلية وتفسيراتها.

جـ- المرض النفسي: أعراضه وتفسيراته.

٣ - اضطرابات السلوك.

٤ - العلاج النفسي.

أ- ما هو وما طبيعته؟

ب- مدارس العلاج النفسي المختلفة.

ج- الأسس التي تقوم عليها العملية العلاجية.

ثانياً- الدراسة العملية التطبيقية:

ويقصد بهذه الدراسة الطرق الفنية Techniques التي يستعين بها السيكولوجي الإكلينيكي في عمليات التشخيص والتوجيه والعلاج النفسي.

وتتضمن الطرق الفنية الأساسية الأساليب التالية:

١) دراسة تاريخ الحالة: Case Study

٢) المقابلة الإكلينيكية: Clinical Interview

٣) الاختبارات التشخيصية: Diagnostic Tests

وعلى الرغم من أن ميدان علم النفس الإكلينيكي يمكن أن يميز فيه هذان الجانبان من الدراسة - النظري والعملي التطبيقي - إلا أنه لا يعني أنها جانبان منفصلان بل إن كلاً منهما يكمل الآخر، ويزيده عمقاً وقوة.

ثالثاً- العيادات النفسية:

وتتضمن التنظيم القائم بها، الهيئة الفنية العاملة بها، إجراآت العمل، أخلاقيات العمل.

هذا وسنتناول في هذا الكتاب بقسميه الجانب العملي التطبيقي فقط، وسنترك الاعتبارات النظرية، ومدارس وأساليب (العلاج النفسي) إلى كتاب ثالث.

أما الآن فسنتناول في (الفصل القادم) الحديث عن (الأخصائي الإكلينيكي) سماته، إعداده، واجباته، أدواته، وطبيعة عمله.

حواشي الفصل الثاني

(1) Bisch Louis E: Clinical Psychology, 1925, Baltimor, Williams + Wilkins.

(2) Bry Adelaide: Inside Psychotherapy, The New American Library, 1973 Canada, ant, Searborough.

(3) Witmer L: Clinical Psychology, 1907.

(4) Brotemarkle R. A: Clinical Psychology, Pennsylvania University Press, 1931.

(5) Rotter Julian, Clinical Psychology, 1964 Prentice-Hall Foundation, London, U.K.

(6) A.P.A. : American Psychological Association Report – Clinical Committee; Washington D.C. (U.S.A).

(7) Hadley, J.M: Clinical and Counselling Psychology, Knopf, New York, 1958. U.S.

(8) See: Dumont Matthew: The Absurd Healer, 1968, The Viking Press, New York, (U.S.A.).

(9) See. Glasser William: Reality Therapy, Harper and Row, New York, 1975.

(10) Felix, R. H. + Kramer, M. 1953. Extent of The Problem of Mental Disorders. **Ann. Amer. Acad, pol, Soc, Sci, 286: 5-14. 1953.**

(11) Goldbamer, H. + Marshall, A.W: Psychosis and Civilization. **Glencoe III. Free Press. 1953.**

(12) Cameron Norman: The Psychology of Behavior Disorder, A biosocial interpretation.

(١٣) راجع: د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - مكتبة مصر - القاهرة - ١٩٦٧. ص ٣٩ - ٤٢.

* أساليب ومدارس العلاج النفسي.

الفصل الثالث

السيكولوجي الإكلينيكي

خطة الفصل المنهجية:

- سمات وخصائص الأخصائي الإكلينيكي.
- قائمة لجنة التدريب الإكلينيكي لجمعية علم النفس الأمريكية.
- قائمة (كارل راجرز) لسمات الأخصائي الإرشادي.
- إعداد الأخصائي الإكلينيكي وجدول رينشاردز التدريبي؛ للأخصائي القياسي والإكلينيكي.
- واجبات الأخصائي الإكلينيكي ومسؤولياته:
  - مجالات وأبعاد العمل الإكلينيكي.
  - تصنيف (شاكو) لواجبات الأخصائي الإكلينيكي.
  - واجبات الأخصائي الإكلينيكي المتخصصة.
  - مواصفات قاموس الألقاب المهنية الأمريكية للعمل الإكلينيكي.
  - أدوات الأخصائي الإكلينيكي.

الفصل الثالث

السيكولوجي الإكلينيكي

سمات وخصائص الأخصائي الإكلينيكي:

يعتبر الأخصائي الإكلينيكي صلة الوصل بين (العميل) و (التشخيص الدقيق)، ولا بد أن تتوافر فيه مجموعة من الصفات الإيجابية التي تجعله عنصراً ناجحاً في تعامله مع الأسوياء وغير الأسوياء. وتصبح هذه السمات ضرورية لأنها ستساعده على حسن التكيف مع الأجواء المختلفة. ويجب أن تكون لديه قدرة خاصة على فهم الآخرين ودوافعهم وإحباطاتهم. وأن تكون لديه شخصية ثابتة وناضجة ذات توازن انفعالي ونظرة شاملة وبعيدة لكل ما يتصدى له من واجبات.

وقد أوردت اللجنة الخاصة بالتدريب لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التي يجب توافرها لدى الأخصائي ونعرض أبرزها كالتالي[1]:

١) الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم:

Sense of Concern دون محاولة لفرض سيطرته عليهم. واحترام حرية الآخرين واستقلالهم.

٢) أن يتمتع الأخصائي الإكلينيكي بقدر عال من الاستبصار Insight

لدوافعه ومشاعره ورغباته وحاجاته حتى لا تعرقل رغباته الذاتية الحياد في عمله وعلى الأخص احترامه (للمرأة) على أنها شريكة للرجل وليست منافسة له.

٣) أن يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين؛ Tolerance and respect of all groups opinion ولا سيما مع الطوائف الدينية والسلالات المختلفة.

٤) أن يتمتع بمستوى عال من الضبط الانفعالي والذاتي High self-Control لأن تكامل الشخصية والاتزان من العناصر الضرورية التي توحي بالثقة، وأن يكون مخلصاً أميناً محافظاً على وعوده، مستخدماً كافة مهاراته ومعلوماته لمصلحة المريض، بعيداً عن مظاهر الاستغلال، وأن يعطي الناس فكرة ثابتة وجيدة عن سلوكه في نطاق العمل وخارج نطاق العمل حتى لا يجدوا في أسلوبه نوعاً من الازدواج وأن تكون لديه بعض القيم والمثل الطيبة كصورة تعكس نضج شخصيته وتكاملها.

٥) أن يكون الأخصائي الاجتماعي على مستوى أكاديمي عال، ومستوى لائق من الذكاء الاجتماعي.

High level of academic ability and social Intelligence.

وأن تكون لديه قدرة على المرونة: Flexibility والقيادة: Leadership والإبداع: Creativity والصبر وحسن الإصغاء: Good listening.

وقد أصدرت (لجنة التدريب الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية) القائمة التالية لسمات الأخصائي:

١ - القدرة العلمية والأكاديمية الممتازة.

٢- الأصالة وسعة الحيلة.

٣- حب الاستطلاع.

٤- الاهتمام بالأشخاص كأفراد (التجاوب الإنساني).

٥- الاستبصار في الشخصية المميزة للفرد.

٦- الحساسية لتعقيدات الدوافع.

٧- التحمل والصبر.

٨- القدرة على تكوين علاقات طيبة مؤثرة مع الآخرين.

٩- المثابرة.

١٠- المسؤولية.

١١- اللباقة والمرونة.

١٢- القدرة على ضبط النفس.

١٣- الإحساس بالقيم الأخلاقية والمثل العليا.

١٤- الأساس الثقافي الواسع.

١٥- الاهتمام بعلم النفس عامة وعلم النفس الإكلينيكي خاصة.

قائمة كارل راجرز لسمات الأخصائي الإرشادي:

أشار مؤسس الأسلوب العلاجي المتمركز حول العميل، العالم (كارل راجرز Carl Rogers) في كتابه (الاستشارة والعلاج النفسي) الذي قام بترجمته إلى العربية الدكتور محمد أحمد غالي، بأن ثمة سمات خمساً يجب أن

تتوافر عند الأخصائي في الإرشاد النفسي Counselling and guidance specialist وهي كالتالي:

١) أن يكون الأخصائي شديد الحساسية للعلاقات الاجتماعية.

٢) أن يتصف بالروح الموضوعية والاتجاه الانفعالي غير المتحيز.

٣) أن يكون لديه احترام لكل إنسان. وأن يقبله على ما هو عليه من علل، وأن يترك له الحرية ليجرب ما يراه من حلول.

٤) أن يعرف نفسه ودوافعه وأن يدرك قصوره وعجزه الإنفعالي.

٥) أن تكون لديه القدرة على فهم السلوك الإنساني.

وقد قام بعض العلماء المتخصصين في مجالات آخرى بدراسات كانت تستهدف الوقوف على سمات الأخصائيين الإكلينيكيين فوجد (فيسك Fiske وكريدت Kredit) أن الإكلينيكيين يتميزون بميول في النواحي الفنية والفردية والتدريس والنواحي اللفظية والخدمة الاجتماعية، ويتشابهون في ميولهم مع الأطباء النفسانيين. أما الإداريون منهم فكانوا يتميزون بالانبساطية وأنهم من أسر منسجمة ومتدينة. وقد وجد الباحثون عموماً تبايناً واضحاً في سمات العاملين في المجال الإكلينيكي.

[إعداد الأخصائي الإكلينيكي وجدول ريتشاردز التدريبي]

تقوم الدول المتقدمة بإعداد الأخصائي الإكلينيكي إعداداً مكثفاً في الجانبين النظري، والتطبيقي ليواجه أعباء عمله ومسؤولياته. وتعتبر إحاطته لكافة فروع علم النفس هي الأرضية الصلدة والأساسية (،)

وكذلك معرفته الجيدة بعلم نفس الطفولة لأهمية هذه المرحلة في مراحل النمو المختلفة. وكذلك علم النفس الاجتماعي Social psychology لأن أعماله ستكون دوماً في نطاق التفاعل المستمر مع الآخرين، ولا بد أن يكون لديه الخبرة الكافية في علم الإحصاء والقياس والاختبارات: Statistics + testing لأنها شريان العمل التشخيصي. ويحتاج الأخصائي لمعرفة وثيقة بعلم النفس الفيزيولوجي وعلم الأعصاب لما لها من تأثيرات مباشرة في الأعراض المرضية، ويجب أن يحيط علماً بسيكولوجية التعلم، ومناهج البحث، وديناميات السلوك، ونظريات الشخصية والأمراض العقلية، وعلم الوراثة، والدوافع والإنفعالات، وأساليب العلاج النفسي، وسيكولوجية النمو، وعلم النفس المهني، وسيكولوجية المعوقين والتخلف العقلي، وشدّد بعض العلماء على الخبرة العيادية:

Pre and post clinical training.

Practical experience (Internship).

والتي قد تصل إلى سنتين كما هي الحال في ولاية نيويورك وأوهايو وكاليفورنيا ونورث كارولاينا.

وقد حدّد العالم (ريتشاردز ١٩٤٦ Richards) أنواع الدراسات التي يحتاجها الأخصائي الإكلينيكي في إعداده بثلاثة أنواع أساسية:

١) الدراسات الأساسية العامة: Background Studies.

٢) الدراسات الفنيّة - التكنيكية للمهارات: Technical studies

٣) التطبيقات الإكلينيكية: Clinical training

جدول (٢)

أنواع الدراسات	المستوى الأول أخصائي القياس	المستوى الثاني الأخصائي الإكلينيكي
الدراسات الأساسية	- البيولوجيا العامة	- الفيزيولوجيا
	- الكيمياء	- الإعاقة الجسمية
	- علم الاجتماع	- الأمراض الجسمية
	- سيكولوجية النمو	- علم الوراثة
	- علم النفس التربوي	- علم الأعصاب
	- علم النفس المرضي	- الأنثروبولوجيا
	- مبادىء التكامل والتفاضل	- البيئة النفسية
	- التراجم، والتراجم الذاتية والقصص	- مبادىء السلوك
		- علم النفس المهني والصناعي
		- الطب العقلي

نوع الدراسات	المستوى الأول (اخصائي القياس النفسي)	المستوى الثاني (الأخصائي الإكلينيكي)
الدراسات الفنية التكنيكية	- التجريب في علم النفس (علم النفس التجريبي) - المقاييس والاختبارات (بناء المقاييس والاختبارات) - الاحصاء (مستوى الارتباطات) - المقاييس الفردية للشخصية - اختبار القدرات والميول وغيرها..	نفس الدراسات على مستوى أعمق

نوع الدراسات	المستوى الأول (القياسي النفسي)	المستوى الثاني (الإكلينيكي)
الدراسات الإكلينيكية	- مشكلات القدرة العقلية - التوجيه التربوي - العلاقات بين الأب والابن - التوجيه المهني - أمراض الكلام - العجز عن القراءة - المشكلات السلوكية	- مشكلات الموقين جسمياً - سوء التوافق الشديد (مشكلات سايكايترية) الضعف العقلي - الذهان الإجرام. - زملة الأمراض العصابية والفردية. - المشكلات السيكوسوماتية

هذا ويشير (ريتشاردز) بأن التدريب الميداني Internship تحت إشراف أطباء وعياديين متخصصين هو عملية هامة في إعداد الأخصائي الإكلينيكي.

ويتخذ العمل عادة فكرة الفريق العيادي :Clinical team المؤلف عادة من الأخصائي الإكلينيكي، والطبيب، والممرضة، والأخصائي الاجتماعي، والمرشد المهني، وكل من يساهم في عمليات التشخيص والعلاج.

[واجبات الأخصائي الإكلينيكي ومسؤولياته]

عرفنا مما سبق أن (المسؤوليات الثلاث) التي يضطلع بها الأخصائي الإكلينيكي هي التشخيص Diagnosis والعلاج Therapy والبحث Research وعن هذه المسؤوليات تتفرع المهام الخمس التالية كسبل ومجالات للعمل:

مجالات وأبعاد العمل الإكلينيكي:

١) العمل في (العيادات النفسية) أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية أو العقلية ويقوم فيها بالتشخيص أو العلاج أو بهما معاً، كما يشرف على البحوث الإكلينيكية.

٢) العمل في (المؤسسات الإصلاحية) كمؤسسات الأحداث والمنحرفين ويقوم فيها بدراسة الحالات، وتقديم الاقتراحات الخاصة بتلك الحالات. ويساعد في توجيه الأفراد والعمل على تكيفهم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.

٣) العمل في (ميادين الخدمة الاجتماعية)، والإسكان، والتعمير والصناعة، والشركات، ووسائل الإعلام، ومكاتب العلاقات العامة، ومؤسسات التأمين ومكاتب التدريب والتوجيه المعنوي للقوات المسلحة.

٤) العمل في (مجالات التوجيه المهني) والتربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية والجامعية على اختلاف مراحلها، وفيه يساعد الأخصائي

الإكلينيكي التلاميذ والطلبة على الاختيار السديد للدراسات التي تلائم إمكانياتهم ويقوم بدراسة مشاكلهم وإيجاد الحلول لها. ويعتمد في عمله على الاختبارات والمقاييس فهو يؤدي عمليتي التشخيص والتوجيه الإرشادي وأحياناً يتابع عملية العلاج طبقاً لحجم المؤسسة وظروفها.

٥) العمل في مراكز البحوث: Research Centers ومتابعة الدراسات التربوية والصحية والاجتماعية. ويعمل في مراكز التخطيط والتنظيم والإدارة.

تصنيف (شاكو) Shakow لواجبات الأخصائي الإكلينيكي:

يشير العالم (شاكو) بأن الاتفاق بين العلماء حول الواجبات التي يتمثل بها دور السيكولوجي الإكلينيكي إنما هو اتفاق نسبي ويحدد هذه الوظائف بالمجالات الأربعة التالية:

[أولاً] احتمال انتظام مجال اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي حول الاتجاه الديناميكي في دراسة الشخصية، وهذا يتطلب بصيرة كافية بالطب النفسي، وعلم النفس الإكلينيكي، والتحليل النفسي وهو في دراسته لتنظيم الشخصية، عليه أن يتخذ من دراسة حالة الفرد موضوع التشخيص والعلاج وسيلةً يستعين بها للوصول إلى تعميمات من فئات الناس والعوامل المؤدية إلى الانحراف أو السلوك السوي.

[ثانياً] احتمال انتظام اهتمام السيكولوجي الإكلينيكي كذلك حول استخدام الاختبارات النفسية والعقلية للكشف عن

بناء الشخصية وتركيبها وقدراتها وميولها واهتماماتها وقيمها. أو ما قد تعاني منه من أعراض نفسية مرضية واضطرابات في السلوك. ومن الضروري - لنجاح هذا الجانب - أن يكون هناك تعاون إيجابي مع العاملين في الميدان التربوي والمهني.

[ثالثاً] احتمال انتظام عمل السيكولوجي الإكلينيكي في السعي للحصول على مساعدة المريض نفسياً أو سلوكياً، في مرحلة التشخيص أو في مرحلة تقديم العلاج اللازم حين تتطلب الحالة بعض أساليب الإرشاد النفسي.

[رابعاً] ويسمي (شاكو) هذه الناحية بالاتجاه التجريبي للسيكولوجي الإكلينيكي بحيث يحاول الوقوف على الخصائص النفسية وسمات شخصية الفرد، والديناميات المختلفة التي تنتظم فيها شخصيته. ويعتقد (شاكو) أن كل هذه الاتجاهات من الأهمية بالدرجة التي تتطلب مراعاتها في تدريب السيكولوجي الإكلينيكي.

واجبات الأخصائي الإكلينيكي المتخصصة:

يشير الدكتور عطية محمود هنا في كتابه (علم النفس الإكلينيكي) إلى أن ثمة (سبعة واجبات) رئيسية تقع على عاتق الأخصائي الإكلينيكي وتنحصر بالتالي[٢]:

١) تطبيق الاختبارات وتصحيحها وتفسير نتائجها.

٢) المقابلة لجمع المعلومات عن الأفراد لوضع تقارير نفسية عنهم.

٣) المقابلة للتوجيه والإرشاد النفسي.

٤) وضع التقارير الخاصة بالأفراد.

٥) الاشتراك مع غيره من الأخصائيين في وضع الخطط وتنفيذها.

٦) مقابلة من يتصل بالحالات كأهل المرضى أو بقية الأخصائيين ممن يعاونون في تقديم المساعدة.

٧) القيام بالبحوث المختلفة.

مواصفات قاموس الألقاب المهنية الأمريكية للعمل الإكلينيكي:

لعل مما يزيد معرفتنا أن نعلم بأن (قاموس الألقاب المهنية) في الولايات المتحدة قام بتحديد مواصفات العمل الإكلينيكي وهذا هو مصدر آخر يثري معرفتنا بواجبات الأخصائي الإكلينيكي: Dictionary of occupational Titles.

« الأخصائي الإكلينيكي (٢٠-٣٦-٠) يشخص اضطرابات الأفراد العقلية والانفعالية والسجون والمؤسسات الأخرى، ويقوم بتنفيذ برامج العلاج، ويقوم بمقابلة المرضى، ويدرس تاريخ الحالة الطبي والاجتماعي، ويلاحظ المرضى أثناء اللعب أو المواقف الأخرى، وينتقي الاختبارات الإسقاطية والنفسية الأخرى ويطبقها ويفسرها ليشخص الاضطراب، ويضع خطة العلاج ويعالج الاضطرابات النفسية لإحداث التوافق باستخدام أفضل أنواع العلاج المختلفة مثل: علاج البيئة، والعلاج باللعب، والسيكودراما وغيرها. ويختار الأسلوب الذي يستخدم في العلاج الفردي

مثل العلاج الموجه والعلاج غير الموجه والعلاج المساند Supportive ويخطط عدد مرات العلاج أسبوعياً وعمقه ومدته. وقد يتعاون مع تخصصات مهنية أخرى منها الأطباء الأخصائيون في الطب مثل أطباء الأمراض العقلية (الأمراض النفسية) وأطباء الأطفال وأطباء الأعصاب والأطباء الباطنيون وغيرهم؛ كالأخصائيين الاجتماعيين والسايكاتريين والمساعدين لتطوير برامج علاج المرضى التي تعتمد على تحليل البيانات الإكلينيكية، وقد يدرب الطلبة الإكلينيكيون الذين يؤدون فترات الامتياز والنيابة في المستشفيات والعيادات، وقد يطور التصميمات التجريبية ويقوم بالبحوث في ميدان تطور الشخصية ونموها والتوافق (التكيف في الصناعة والمدارس والعيادات والمستشفيات)؛ وفي مشكلات التشخيص والعلاج والوقاية من الأمراض العقلية. وقد يخدم كمستشار في المؤسسات الاجتماعية والتربوية والترفيهية والمؤسسات الأخرى وذلك بالنسبة لحالات الأفراد أو التقويم أو التخطيط أو تطوير برامج الصحة النفسية. وقد يستخدم مهاراته في التدريس والبحث والاستشارة التي تتضمنها مستويات أعلى من الخدمة المهنية قد يتخصص في واحدة مما يأتي:

مشكلات السلوك - الجريمة والجناح - العلاج الجماعي - التشخيص والعلاج الفردي - الضعف أو التخلف العقلي - الاختبارات الموضوعية - الأساليب الإسقاطية - أمراض الكلام.

[أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي]

إن المهندس الذي يختص في الهندسة المعمارية لا بد له من أدوات دقيقة تساعده على أداء مهامه، وحين يكون مهندساً كهربائياً أو ميكانيكياً فإن

أدواته للعمل ستختلف باختلاف تخصصه. وكذلك المقاتل في الحرب لا بد أن تكون قطعة السلاح في يده أبرز أدواته للدفاع عن بلاده وأداء واجباته.

ما هي إذن أدوات الأخصائي الإكلينيكي؟ التي تساعده في عملية التشخيص كنقطة بداية لبرنامج العلاج الذي يهدف لإعادة المريض إلى التوافق والإنسجام.

إن من أبرز أدوات الأخصائي النفسي الإكلينيكي هي دراسة الحالة: Case study، والمقابلـة Diagnostic Interview والاختبـارات السيكولوجية المختلفة؛الموضوعية- المقننة والإسقاطية: Objective testing and Projective tests وتشمل (دراسة الحالة) حصول الأخصائي على معلومات شاملة عن المجالات المختلفة المحيطة بالمريض كتاريخ الأسرة وتاريخ النمو والتاريخ التعليمي والتاريخ المهني والتاريخ الاجتماعي. والمادة التاريخية هي مصدر هام جداً لجمع المعلومات عن المريض، ويجب أن تتضمن هذه المادة كل ما يمكن جمعه عن المريض من معلومات؛ ويجب أن نفرق بين (تاريخ الحالة)، و (دراسة الحالة) بوضوح ودقة على الشكل التالي:

أ- تاريخ الحالة: ويعني كافة المعلومات التي نجمعها عن المريض.

ب- دراسة الحالة: وتعني المعلومات التي نجمعها في الحاضر بما في ذلك المقابلات الإكلينيكية ونتائج الاختبارات.

أما (المقابلة التشخيصية) التي سنتناول بحثها في فصل قادم مسهب فهي أداة هامة: Viable Tool لجمع المعلومات عن المريض. ويميل بعض الأخصائيين للتقليل من أهمية المقابلة التشخيصية وتاريخ الحالة،

ويركزون مع نوع من المبالغة على أهمية الاختبارات باعتبارها الأداة الحاسمة للكشف عن المرض.

وفي تقديرنا أن تاريخ الحالة، والمقابلة، يكشفان عن سلوك المريض في مواقف الحياة الفعلية The Actual situations بينما تكشف لنا الاختبارات عن سلوك المفحوص أو أدائه في مواقف اصطناعية. وليس معنى ذلك أن نقلل من أهمية الاختبارات أو نستبعد استخدامها كأدوات كاشفة ومساعدة في استكمال العمل الإكلينيكي؛ فلكل أداة دورها ووزنها الهام.

حواشي الفصل الثالث

(1) Training Committee of clinical psychologists (A.P.A): American psychological Association-Washington D.C. (U.S.A).

(٢) راجع د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي- دار النهضة العربية- القاهرة- ١٩٧٦ - ص ٤٩ .

الفصل الرابع

التشخيص الإكلينيكي

(تعاريف وتصنيفات)

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد.
- التشخيص.
- التقييم.
- الاختبار والفحص.
- القياس.
- التمييز والتثمين.
- التصنيف.
- التصنيفات الإكلينيكية:
  ١ - التصنيف الفارق.
  ٢ - تصنيف ولياسن الإرشادي.

٣- تصنيف بيبنسكي.
٤- تصنيف كريبلن.
٥- تصنيف الميكانيزمات لكيمف.
٦- تصنيف رادو.
٧- تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية.
٨- تصنيف الأزمات المعاصرة (هارفي روبين).
- فوائد التصنيف ومستوى ثباته.

الفصل الرابع

[التشخيص الإكلينيكي]

[تعاريف وتصنيفات]

تمهيد:

لعل أحدنا يتساءل ماذا نعني على وجه التحديد بكلمة التشخيص؟ Diagnosis ؟ ومن أي (علم) دخل هذا الاصطلاح إلى علم النفس وبالذات إلى الميدان الإكلينيكي؟

وهل تعني كلمة التشخيص Diagnosis تماماً كما تعني كلمة التصنيف Classification أم أن ثمة فارقاً كبيراً بينهما Distinction مع وجود علاقة تربطهما: Relationship . وإذا كان إجراء الاختبارات Testing هو شريان عملية التشخيص فماذا نعني بهذه العملية؟ وما علاقتها بعملية التعيير والتثمين Assessment ؟ وهل يوجد فارق واضح بين القياس Measurement وبين التعيير: Assessment ؟

إن طرفاً من المشكلة يبدو في الخلط - غير المقصود - الذي تسرب من صفوف العامة إلى صفوف الأخصائيين النفسانيين بين مفهوم التقييم: Evaluation or Appraisal وبين مفهوم التشخيص: Diagnosis ؛ وصحيح

أن عمليات التشخيص ذاتها تتضمن عمليات تقييمية ولكن التشخيص يظل يختلف عن التقييم؛ ويظل كل اصطلاح له إطاره المحدد ووظيفته المميزة؛ رغم وجود العلاقات بينها جميعاً في العمل الإكلينيكي. ويرى أستاذ الإحصاء المتقدم في جامعة ميغيل بكندا د. إدواردز بأن هذا الخلط بين هذه (المفاهيم الستة) قد تجاوز الخلاف في التعبير اللغوي أو وجهات النظر: Semantic وأصبح يثير الغموض الذي لا بد من جلائه وتوضيحه بتعريف هذه المصطلحات تعريفاً إجرائياً: Operational فيه تحديد ودقة: Accuracy.

لقد دخلت كلمة التشخيص إلى الميدان الإكلينيكي من (علم الطب) ويقصد بها فحص الأعراض المرضية: Symptoms واستنتاج الأسباب، وتجميع الملاحظات في صورة متكاملة، ثم نسبتها إلى مرض معين محدد. فالتشخيص في المنظار الطبي Medical Approach هو عملية فهم المريض، وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة مرضية Syndrome. فالأعراض المرضية المنفردة قد تتواجد في نوعيات متباينة من الأمراض؛ وافتقاد النشاط أو نقص التركيز أو القلق قد يوجد في أكثر من حالة مرضية مختلفة ولكن دلالة كل من هذه الأعراض تتحدد بالأعراض المزاملة أو المصاحبة لها. ولهذا (فالتشخيص) في ميدان الطب كثيراً ما يعني (التصنيف) وليست الحال هكذا في العمل الإكلينيكي. وأدوات الطبيب هي: ميزان الحرارة، قياس الضغط والقلب، تحليل الدم، تحليل البول، فحص التنفس.

وحين ننتقل إلى (المجال السيكولوجي) فإننا لا نتعامل فقط مع الرئتين أو المعدة وأفعالها الفيزيولوجية؛ وإنما نتعامل مع السلوك الإنساني بكل ما فيه من تعقيدات وديناميات وأفعال وردود أفعال، ويصبح الجهاز العصبي

والفيزيولوجي مجرد جزء صغير حين نقارنه بشخصية المريض الكاملة ككل لا يتجزأ. وهذا يقودنا إلى التمييز بين (التشخيص): Diagnosis و (التقييم: Evaluation or Appraisal).

١ - التشخيص: Diagnosis

وهو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة، ويتضمن المعلومات، والأعراض، Data + symptoms بنوعيهـــــــا (الكمي والكيفي) Quantitative + Qualitative ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة Objective + Projective Testing، والمقابلة Interview ودراسة الحالة Case Study والملاحظة Observation والسجل المدرسي School Record، والظروف العائلية: Family Report، والسجل الطبي Medical History والتقييم العصبي Neurological Test ويشير بدقة إلى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة:

Visable and Invisable Causes of the Problem

ويقوم بتحديد مكانها، وطبيعتها، ونوعها، وحجمها ودرجة حدتها Degree of Severity دون الاكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية، وعلى هذا فالتشخيص العلمي يهيِّىء السبل لتخطيط برنامج علاجي Therapeutic Program قابل للتطبيق والتنفيذ، كما يتضمن التشخيـــص الهـــادف، التنبؤات المستقبليـــة: Future Predictions والافتراضات المتوقعة.

٢ - التقيم: Evaluation or Appraisal

وهو عملية ديناميكية: Dynamic Process تستهدف مسحاً شاملاً: Comprehensive Survey لحالة معينة بهدف تقييمها والحكم عليها وتتضمن المحتويات التالية:

أ- إبراز نواحي الضعف والقوة (السلبيات والإيجابيات) معاً Strengths + Weaknesses.

ب- تحديد الحكم الذاتي أو القرار الشخصي Decision + Personal Judgment.

جـ- التنبؤ والتوقع المستقبلي لحالة معينة أو سلوك أو موضوع Future Predictions + expectations.

د- التقييم هو (نقطة نهاية Ending Point)؛ في تقييم حالة، أو برنامج، أو عملية، على عكس التعبير والتثمين Assessment الذي يعتبر نقطة بداية.

هـ- التقييم يجب أن يكون دورياً ومتكرراً: Periodical بهدف تطوير برامج العلاج وتحسينها نحو الأفضل.

بعد هذا التمييز الدقيق بين عمليتي التشخيص، والتقيم نود أن نعود للقول ثانيةً بأن شريان التشخيص هو عملية الاختبارات؛ولكن ماذا نعني بالاختبارات: Testing وكيف نفرقها عن القياس؟

٣) الاختبار والفحص: **Testing**

وهو وسيلة جوهرية تشخيصية أداتها الاختبارات المقننة أو غير المقننة، وتستهدف في أغلب الحالات إلى اكتشاف وقياس قدرات الفرد، أو الجماعة بشكل احصائي أو اسقاطي لهدف تطويرها، وتحديد نقاط الضعف ونقاط القوة.

٤) القياس: **Measurement**

وهو تقدير كمي محض Quantitative لقدرة معينة أو مهارة Ability or Skill أو مدى محدد Extent أو مرض أو خلل، ولا يهتم مطلقاً بأي جانب وصفي أو نوعي، ويستخدم اختبارات وجداول احصائية: Statistics ذات طبيعة رياضية محضة.

ويواجه الأخصائي الإكلينيكي في مجال التأهيل المهني أو العلاج مهمة التعيير والتثمين Assessment فماذا نعني بها؟

٥) التعيير أو التثمين **Assessment**

وهو عملية قياسية محضة Measurable Process تحاول الكشف عن اتجاهات أو قدرات أو مهارات: Attitudes, Skills or Abilities. بقصد التدريب العملي: Training وتطوير المهارات، وهي تعتبر في كل شيء (نقطة بداية To Assess).

وعند تقسيم الأمراض وتحديد أنواعها يحتاج الأخصائي الإكلينيكي إلى

عمليــة (التصنيــف: Classification) فما هو مدلول هــذا المصطلح واستعمالاته؟

٦) التصنيف: Classification

وهو عملية تنظيم ذات تقسيم نوعي Sorting- تصنيف دقيق- يفرز بها الأخصائي الأعراض، أو الأمراض إلى أصناف ومجموعات وتصنيف الحالات إلى أنواع متشابهة، والأفراد المرضى إلى مستويات محددة أو درجات مرضية:

Degrees, Levels, Groups, Forms, Stages

وبشكل خاص متشابهات ومتباينات:

Similarities and Differences.

وخطورة (التصنيف) تأتي حين يستخدمه الأخصائيون كبديل لعملية التشخيــص فيصبــح (عنونــة) للنــاس وتسميــات تصنيفيــة: Classified-Labeling[1].

وهذا ما لا يجوز أن نقع به خطأ كما وقع فيه الاتجاه الطبي الذي يصنف الناس على أساس الأعراض أو الزملات المرضية.

«التصنيفات الإكلينيكية»

١ - التصنيف الفارق: Differential Classification

أصبح واضحاً أمامنا من خلال التمييز والتحديد بين المصطلحات

السابقة بأنه لا يجوز مطلقاً الخلط بين (التشخيص، والتصنيف)رغم تداخلها. لأن التشخيص- عموماً- هو (عملية إكلينيكية محضة) ترتكز على معايير وتستلزم أدوات متعددة وتشتمل على متغيرات متعددة Various Variables، بينا عملية التصنيف هي- عموماً- (عملية طبية) لتقسيم وفرز الأمراض وتصنيفها من حيث الدرجة أو النوع.

ويتفق معظم الأخصائيين الإكلينيكيين والأطباء النفسانيين حالياً في تصنيف الأمراض (نوعياً) إلى أربعة أصناف:

١) الأمراض العصابية النفسية والانفعالية: Neurotic Illnesses

٢) الأمراض العقلية - الذهانية: Psychotic Illnesses

٣) اضطرابات الشخصية: Personality Disorders

٤) الفصام العقلي: Schizophrenic Disorders

وسنتناول تحليلاً شاملاً لهذه الأنواع الأربعة في الفصل القادم مع تحديد دقيق للفوارق بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية. ثم الأمراض السيكوسوماتية.

٢ - **تصنيف وليامسن الإرشادي**[٢]: يستخدم وليامسن Williamson 1950 تصنيفاً يرتبط في حالات الإرشاد النفسي معتبراً ذلك فرعاً من فروع العمل الإكلينيكي: Counselling + Guidance فيصنف المشكلات إلى (خمسة أقسام):

١) المشكلات الشخصية: كمشكلات التوافق الاجتماعي، وصعوبات الكلام، ومشكلات الأسرة، والخروج عن النظام.

٢) المشكلات التربوية: كاختيار الدراسة، والتأخر الدراسي، وعادات الاستذكار السيئة، ومشكلات الإفراط أو التفريط في التحصيل المدرسي، ومشكلات النابغين.

٣) المشكلات المهنية: وتتضمن اختيار المهنة، وتباين الميول، والاستعدادات مع العمل.

٤) المشكلات المالية: وعلى الأخص ما يرتبط في العمل أثناء الدراسة وبعدها.

٥) المشكلات الصحية: وترتبط بكافة جوانب العجز الجسمي.

٣ - تصنيف بيبنسكي لمشكلات الطلبة:

وضع العالم بيبنسكي: Pepinsky + Pepinsky 1954 تصنيفاً لمشكلات الطلبة في كتابه:

Counselling Theory + Practice [٣].

وذكر أن الطلبة يتعرضون لمشكلات قاسية أبرزها: مشكلات نقص المعلومات، وضعف الثقة في النفس، ونقص المهارات والاعتماد على الغير، ومشكلات الصراع النفسي، ومشكلات القلق في الاختيار.

٤ - تصنيف كريبلين: Kreapelin

ويعتبر تصنيف كريبلين مشهوراً وشائعاً وقد قامت بتعديله (جمعية الطب النفسي الأمريكية) كما سيأتي معنا بعد قليل.

٥ - تصنيف الميكانيزمات لكيمف: Kemf 1921:

قام كيمف في كتابه المشهور: Psychopathology[٤]، بتصنيف الأمراض على أساس الميكانيزمات، ويرى أن العصاب: Neurosis والذهان Psychosis ينشآن عن اضطراب الجهاز العصبي المستقل والاضطرابات الوجدانية الانفعالية المستقلة Autonomic Affective Functions ويقسمها إلى عصاب طيب:Benign وعصاب خبيث Pernicious ثم يقسمها مرة ثانية إلى عصاب القمع Suppression وعصاب الكبت: Repression ، وعصاب التعويض Compensation وعصاب النكوص Regression ، وعصاب التفكك: Disassociation .

٦ - تصنيف رادو: Rado 1956 الديناميكي[٥]:

قام رادو في كتابه: Psychoanalysis of Behavior بالإشارة إلى تصنيف أطلق عليه (التصنيف الديناميكي) لأنه نظر إلى الأسباب المرضية من منظار ديناميكي فوجد أنها تتضمن: اضطرابات الفصام، واضطرابات النشاط الزائدة والاضطرابات الناشئة عن الإصابات المخية، والاضطرابات الناشئة عن تأثير العقاقير المنومة، والناشئة عن سوء التكيف.

٧ - تصنيف جمعية الطب النفسي الأمريكية ١٩٦٨[٦]:

ويعتبر هذا التصنيف أقرب إلى الشمول من غيره، وقد لقي قبولاً من معظم المختصين في الطب النفسي والعقلي وعلم النفس المرضي.

١ - التأخر العقلي: [حدي - بسيط - متوسط - شديد - عميق - غير محدَد].

٢ - الزملات المخية العضوية:

أ - الزملات المخية العضوية الذهانية.

١ - خبل الشيخوخة وما قبلها.

٢ - الذهان الكحولي.

٣ - ذهان مرتبط بالتهاب داخل الجمجمة.

٤ - ذهان مرتبط بحالات مخية أخرى.

٥ - ذهان مرتبط بحالات فيزيقية (جسمية) أخرى.

ب - الزملات المخية العضوية اللاذهانية.

١ - الفصام (الزكتسوفرينيا).

٢ - اضطرابات وجدانية كبرى.

جـ - حالات البارانويا (الضلالية).

د - أذهنة أخرى.

٤ - الأعصبة (جمع عصاب).

٥ - اضطرابات الشخصية واضطرابات نفسية غير ذهانية أخرى.

(أ) اضطرابات الشخصية.

(ب) الانحرافات الجنسية.

(جـ) إدمان الكحول.

(د) إدمان العقاقير والمخدرات.

٦ - اضطرابات نفسية فيزيولوجية.

٧- أعراض مرضية خاصة.

٨- اضطرابات موقفية مؤقتة: Situational

٩- اضطرابات سلوكية في الطفولة والمراهقة.

١٠- حالات بدون اضطراب عقلي ظاهر، وحالات غير محددة.

٨- تصنيف الأزمات المعاصرة لهارڤي روبين[٧]:

يقسم (هارڤي روبين) في كتابه الجديد: Crisis Intervention أحداث الحياة التي يتصدى لها الإنسان إلى قسمين رئيسيين:

١) أحداث تطور الفرد النمائية: Transitional + Developmental وهي تحمل أزمات متوقعة: Predictable Crisis.

٢) أحداث الحياة الطويلة المفاجئة: وهي تحمل أزمات غير متوقعة Unpredictable Disruptions.

وفي اعتقادنا أن هذا التصنيف واحد من أدق وأهم التصانيف الحديثة في الميدان السايكايتري.

١) الأزمات النمائية: Developmental Crisis

يجتاز الإنسان منذ طفولته مراحل متعددة وفي كل مرحلة يتعرض لنوع من الأزمات التي لا هروب منها ولا مناص عنها؛ وهي أزمات تطورية: Transitional Crisis وعلى الفرد في نظر (هارڤي روبين) أن يتعلم منذ طفولته كيف يتعايش معها: Must Learn How to cope with it، فهي على هذا جزء من (دراما الحياة). فتوجد أزمات في مرحلة الطفولة

وأزمات في مرحلة المراهقة. أزمات لمن يود أن يعيش عازباً، وأزمات لمن يقرر الزواج، أزمات في مرحلة الرجولة، وعزلة في مرحلة الشيخوخة، فهذه الأزمات هي (القاسم المشترك: Common Dominator) الذي يطبع حياتنا ويجب أن نتعلم التعايش معه مع كل طعام وشراب يومي. وقد حدد أمثلة منها:

(الانفصال عن الأم، تغيرات مرحلة البلوغ، صراعات المراهقة، ترك المنزل والعائلة، مشاكل الزواج، توتر وضغط الحياة اليومي، ولادة الولد الأول، الإحالة للمعاش، عزلة الشيخوخة). وحين يواجه الإنسان هذه الأزمات فإنها تلقائياً تخفض قدرته على التصدي والمقاومة:

It Reduce his Ability to Cope.

وخلال التطور النمائي للإنسان، تتكون الشخصية وتنمو ارتقائياً، ولكنها مع ذلك تمتص الأزمات المشار إليها وهذا بدوره يحد من قدرتها على المواجهة.

The Crisis Reinforce the Inability of Coping.

وحين يفشل الفرد في التغلب على أية أزمة من هذه الأزمات التي يفترض أن يتعلم أنها طبيعية ومتوقعة: Predictable حين يفشل في المواجهة مع أية أزمة فإن فجوة: Cap تحدث لديه، وسرعان ما تتفاقم الفجوات وتتكاثر على نسق التلاحم البيكتريولوجي وتولد اضطراباً واهتزازاً في الشخصية، والنتيجة المباشرة لذلك انحسار ثقة الفرد بنفسه وضمور نظرته لنفسه ويبدأ فينظر لنفسه نظرة شاحبة عاتمة: Dark Self-Image.

٢) مشكلات الحياة الطويلة غير المتوقعة: Unpredictable

ويرى الطبيب النفساني (هارفي روبين) بأن هذه المشكلات غير متوقعة

ومفاجئة فيمكن أن تحدث لأي إنسان، بأي وقت وبأي مكان ويحصرها بالتالي:

١) ترك الإنسان للمنزل الذي قضى به (طفولته) بأي لحظة ونزوله لمعترك الواقع القاسي لمواجهة التحديات بمفرده وبناء الذات المستقلة.

٢) خسارة زوج لزوجة أو العكس؛ بحادث أو فاجعة أو طلاق، أو فقدان ابن أو ابنة بأي سبب، أو فقدان حبيب أو حبيبة.

٣) سقوط في مدرسة أو جامعة أو امتحان أو مسابقة أو محاولة.

٤) خسارة في تجارة، أو تسريح من عمل بسبب أو بدون سبب، أو فشل في مهنة.

٥) اصطدام أو حادثة كحريق أو غرق أو خصام أو سرقة.

٦) أحداث التفكك العائلي وآلامها ومشاحناتها.

٧) حدوث مرض أو عاهة (مرض السكر، الضغط، الكليتين، السرطان، الالتهابات، الحميّات، الربو والرئتين، أمراض القلب، الذبحة الصدرية، الشلل، الخ...)

٨) أزمات مالية واقتصادية كالديون، والقروض، والإفلاس، والخسائر في الممتلكات، وانقطاع الدخل، والمصادرات المفاجئة الخ..

٩) المخاوف اليومية من الفشل والقلق والموت المفاجيء..

١٠) الشعور بالفراغ، والعزلة، والاغتراب: Alienation والوحدة، والضياع، واليأس: Hopelessness والكآبة Depression، وأن الحياة لا معنى لها: Meaningless and Aimless Life.

ويرى (هارفي روبين) أن الأزمات: Crisis يمكن تصنيفها بدرجتين:

أ- أزمة بسيطة Simple فجائية غير متوقعة وبها يمكن للإنسان في مساعدة بسيطة من صديق أو صديقة أو أخصائي أن يعود بها إلى حالة التوازن: Return to Equilibrium State.

ب- أزمة شديدة وعنيفة Severe, Acute, and Intensive وهي تحتاج لرعاية عاجلة ومكثفة: Intensive Care وتستلزم وقتاً طويلاً، وتشخيصاً دقيقاً، ودراسة لتاريخ الحالة، وعلاجاً عيادياً متخصصاً.

ويركز الطبيب (روبين) تركيزاً خاصاً على (العائلة) باعتبارها الوحدة المركزية للعطاء العاطفي والاستقرار النفسي وأن أي خلل بين أفرادها سيشكل تصدعاً نفسياً قد يحمله الفرد معه (طيلة حياته).

ويرى أن ثمة (احتياجات إنسانية): Human Needs ثلاثة لا بد من إشباعها لدى الفرد؛ وهي:

١) الاحتياجات البقائية Survival: وتتمثل بالسكن الجيد والطعام واللباس والشراب والدواء.

٢) الاحتياجات السيكو- اجتماعية: وتتمثل بالتدعيم، والحب، والفهم، والتآلف.

٣) الاحتياجات البيو- حضارية: وتتمثل بالذات، والترابط، والمرونة، والتكيف، والاندماج بالمجتمع والواقع.

وإن أي نقص أو خلل في اشباع أي طرف من أبعاد هذه الاحتياجات سيعرض الطفل حتماً للخلل التوازني: Disequilibrium ويحاول (هارفي

روبين) إعطاءنا مزيداً من الحلول بقوله:

إن كل فرد يعاني ارتباكاً سلوكياً أو مرضاً نفسانياً فلا بد أن يخضع لعملية (إعادة التعلم Re-Learning) بادئين من (المحيط العائلي) وهو بهذا ينحو في العلاج نهجاً سلوكياً ولكن دون إنكار لديناميات السلوك وكافة أبعاده:

Dynamic Behavioral Approach.

وإعادة التعلم ستولد استجابات أصح): Correct Responses للأحداث المحيطة بالإنسان، والذي يود أن يعيد إلى ذاكرتنا تحديدها بنوعين من التحديات:

أ- تحديات خارجية: External Challenges

كالمرض الذي يهاجم أي إنسان بأي لحظة وأي مكان، والسفر والانتقال، وحوادث الاصطدام، وأحداث الموت كقانون حتمي.

ب- تحديات داخلية: Internal Challenges

كالخلاف بين الأبوين، أو بين شخصين، والخلافات بين الأبناء، أو خلافات بين الأبناء والأبوين.

ويشير إلى أن (العلاقات) بين الناس، وبين أفراد العائلة تتخذ شكلين اثنين:

١) علاقات أفقية Horizontal Relationships

٢) علاقات عمودية Vertical Relationships

ويحصل بين هذين النوعين من العلاقات سلام ووئام ثم تنافر وصدام؛ وهذان النوعان شبيهان بخطوط وأضواء المرور التي تتعرض للتغير باستمرار وخلال دقائق طبقاً لحالة السير ومقتضياته. وتتمثل قدرة الفرد على التكيف بالتأقلم وضبط المواقف لمصلحته. والمثال للعلاقات الأفقية في الأسرة هي علاقات الأفراد ببعضهم التي قد يصيبها التأزم حين ينفرد الأب أو الأم بالسلطة الصارمة ويكون ذلك سبباً لشقاء الأسرة بأكملها. ويحصل ذلك في محيط العمل حين يكون الرئيس متسلطاً على مرؤوسية، ويعتبر العالم العربي بما فيه من كوارث نموذجاً لهذا النوع من التسلط. أما العلاقات العمودية فيعني بها (روبين) وجود اضطراب فعلي لدى أحد أفراد الأسرة أو المجتمع كالحاجة المرضية للانتباه إليه Attention Seeking أو الروح العدوانية Aggression أو الحالة العصابية: Neurotic أو الذهان: Psychotic أو الفصامية: Schizophrenic أو حالات الإدمان على المخدرات أو الكحول: Drug or Alcohol Addiction أو أحد اضطرابات الشخصية: Personality Disorders وكلها تستدعي تشخيصاً وعلاجاً عيادياً.

ويركز الطبيب النفساني (هارفي روبين) على أن المشكلة لا تنشأ في فراغ فهي وليدة بيئة مريضة ذات جذور عميقة:

Environment-Rooted.

وعلينا البداية من مراحل تكوينها الأولى:

The Pre-Stage of the Problem.

ويبدأ (تعديل السلوك) و(إعادة التعلم) من (الخط القاعدي) لعادات الفرد ومشكلاته: The Base-Line.

فوائد التصنيف ومستوى ثباته:

بعد عرضنا للنماذج ثمانية للتصنيف يجب أن ندرك أنها تساعدنا مساعدة كبيرة في (عملية التشخيص) ولكن لا يمكن أن تحل محلها فهي مجرد عامل مساعد. وتساعدنا هذه النماذج للتصنيف في كتابة التقارير وفي عمليات التوجيه والإرشاد بالذات في ميدان (القراءة العلاجية) Reading Clinics وذلك لوجود حالات عديدة يندر بينها وجود تطابق. ويرتبط بموضوع التصنيف مدى ثباته، والشواهد بين أيدينا متضاربة في هذا الموضوع. فقد قام العالم (آش Ash) بدراسة عام ١٩٤٩ كانت فيها نتائج دراسة الثبات منخفضة بدرجة كبيرة؛ إذ وصلت نسبة الحالات التي لم يتفق عليها إلى ٥٠٪ من الحالات المبحوثة. وترتفع هذه النسبة إلى ٨٠٪ في دراسة شميدت وفوندا: (Schmidt + Fonda ١٩٥٦).

حواشي الفصل الرابع

(1) **Edwards:** The Problem of Terminology in Clinical Psychology; **McGill University Press, 1977, Montreal, Canada.**

(2) **Williamson, E.G.:** Counselling Adolescents: Revision of Part. I. of **How to Counsel Students, New York, McGraw Hill, 1950, U.S.A.**

(3) Pepinsky + Pepinsky: Counselling Theory + Practice, Ronald Press Co. 1954, New York, U.S.

(4) Kemf, E.J: Psychopathology, St. Louis, Mosby, 1921.

(5) Rado, S: Psychoanalysis of Behavior, Collected Papers, Grune + Stratton, 1956, New York, U.S.A.

(6) See: American Psychiatric Association Index; Report on Mental + Psychological Illnesses Classification, 1968.

(7) See Ruben Harvey: I.C. Crisis Intervention, Popular Library Books, Toronto-Canada, 1976.

الفصل الخامس

أشكال التشخيص ومراحله ووسائله

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد.
- الأخصائي واتخاذ القرار: (ساندبيرغ - تيلر).
- تطوير نموذج أو صورة ملائمة للعمل.
- مراحل وخطوات التشخيص عند ساندبيرغ وتيلر.
- خطوات التشخيص عند (باب، وسكوت).
- الوسائل المستخدمة في التشخيص الإكلينيكي.
- أدوار الاختبارات.

الفصل الخامس

[أشكال التشخيص ومراحله ووسائله]

تمهيد: يؤكد العالمان (ساندبيرغ وتيلر): Sundberg + Tyler في كتابهما « علم النفس الإكلينيكي » بأن التشخيص الإكلينيكي في جوهره هو عملية تستخدم للوصول إلى قرار: Decision ولتكوين نموذج Model ملائم للشخص موضوع الدراسة والمساعدة(١).

الأخصائي واتخاذ القرار: Decision-Making (ساندبيرغ، تيلر):

يؤكد (ساندبيرغ وتيلر): بأن مهمة الأخصائي الإكلينيكي تستدعي اتخاذ قرارات متعددة على الشكل التالي:

أ- هل تقبل الحالة في المؤسسة أم ترسل إلى مؤسسة أخرى؟

ب- هل نوعية العلاج داخلي أو خارجي؟

جـ- هل يبعد (العميل) عن أسرته أم يبقى على صلة بها (في حالات الجناح)؟

ويرى الدكتور عطية محمود هنا في كتابه (علم النفس الإكلينيكي)(٢) بأن عملية التشخيص الإكلينيكي يجب أن تراعي وتتضمن دوماً قيم المؤسسة Institutional Values التي تمثل المجتمع عادة؛ وقيم الفرد:

Individual Values ففي مستشفيات الأمراض النفسية لا تستطيع المؤسسة أن تلفظ الأفراد الذين يلجأون إليها لأنهم لا يستجيبون للعلاج الاستجابة الكافية. وإلا فأين يذهبون؟ وقيم المؤسسة ليست بمعزل عن التقييم، فإن هذه القيم كثيراً ما تتأثر بنتائجها فاهتمام عيادات أو مستشفيات خاصة بمشكلات المراهقة أو حالات الضعف العقلي إنما يأتي نتيجة لعمليات تقييم الحالات التي تتردد عليها. ويعتبر البحث الفريد عن اتخاذ القرارات في ميدان العمل الإكلينيكي هو بحث العالمين (كرونباك، وجلسر Cronbach and Gleser 1957) بعنوان الاختبارات السيكولوجية وقرارات العاملين، وقد أوصى هذن الباحثان براعاة النواحي الخمس التالية[٣]:

١) ينبغي أن يكون التأكيد على كل ما نحصل عليه من وسائل التقييم وليس فقط على أداة واحدة من أدواته.

٢) يجب أن ننظر إلى مشكلات الصدق للاختبارات ولغيرها من وسائل التقييم على أنها تحسينات: Inprovement على الإجراءات المتبعة وليست أموراً تحدث نتيجة الصدفة.

٣) يجب أن يكون تخطيط التقييم- التشخيص هو موضوع الاهتمام، وكذلك الاهتمام بفائدة الاختبارات أو غيرها من الوسائل.

٤) إن اختبار القيم (الفردية والخاصة بالمؤسسة) أساسي بالنسبة للتقييم.

٥) إن القرارات التي تتخذ يجب أن تؤدي إلى التقدم نحو الهدف.

تطوير نموذج أو صورة ملائمة للعمل: Developing Image or Working Model:

لقد أدركنا من الاشارة العابرة إلى أبحاث (ساندبيرغ وتيلر) وأبحاث

(كرونباك وجلسر) ومؤلفاتها، بأن التشخيص والعمل الإكلينيكي يتضمن اتخاذ قرارات على غاية من الأهمية، ولكنه يرمي أيضاً إلى وضع صورة Image أو نموذج ملائم للعمل للفرد الذي يقدم له المساعدة.

والصورة تنبع من مقابلات متعددة مع العميل وهي مجموعة الفروض عن الفرد والمجال الذي يعيش فيه.

وقد أشار (ستانتون وشفارتز Stanton + Schvartz 1954)[٤]؛ في كتابها : The Mental Hospital إلى أهمية الصورة التي يكونها الطبيب عن المريض، والمريض عن نفسه، وعما يفكر عنه الطبيب والدور الذي تلعبه إيجابياً لشفاء المريض أو سلبياً لإعاقة العلاج وتأخير الشفاء. فذكرا حالة امرأةانطوائية مصابة بالفصام، تحسنت حالتها نتيجة لتغيير سمعتها قصداً لدى العاملين في القسم الذي تقيم به.

والصورة عن المريض يجب أن لا تكون جامدة ونهائية وثابتة بل تتغير وتتبدل وتنمو كلما حصلنا على معلومات جديدة عن العميل. وقد اختلف العلماء في تسمية هذه الصورة فقال عنها جولدمان Goldman إنها نموذج الشخص Model of Person وسمّاها سوبر Super صورة العميل Picture of a Client ولكن مهما اختلفت التعابير فالاسم هو مجرد تكوين فرضي: Hypothetical Construct يتضمن كل البيانات التي يمكن تحصيلها من العميل وعنه.

ويرى بعض العلماء أن من الخطأ النظر للتشخيص بأنه مجرد تقرير درجات للاختبار، أو تحديد درجة لقدرة من قدرات الفرد، فالتشخيص هو الفهم النفسي العميق لإمكانيات الفرد وتوافقه السلوكي ويعتمد على الرؤية الصحية لدرجات السمات النفسية التي توضح في مبيان نفسي:

Psychograph or Profile ، ويمكن أن نحصر نواحي التشخيص النفسي الإكلينيكي في الجوانب الآتية:

تقدير الذكاء أو القدرة العقلية، وتشخيص أنواع العجز أو القدرات الخاصة بالفرد، والتشخيص الفارق، وتقييم الشخصية، وذلك تبعاً لنوع الخدمة المطلوبة من الأخصائي النفسي الإكلينيكي في مختلف المواقف الإكلينيكية[٥].

ويأخذ التشخيص المعاصر شكلين:

أ- الشكل التصنيفي الطبي.

ب- الشكل السيكوديناميكي.

أما الشكل الأول فيتخذ من (التصنيف) Classification قاعدة له وينحصر في (تسمية المرض أو شكوى المريض) ويميل بعض الأخصائيين الإكلينيكيين للأخذ به رغم أنه- أسلوب طبي- وأكثر الحالات التي أثبت هذا الأسلوب جدارته فيها هي حالات المرض الذي يتطلب اجراء عملية جراحية Surgery ففي هذه لا بد من الالتجاء للمتخصصين في جراحة المخ أو غيره. أما في الحالات النفسية فإن الأمر يختلف اختلافاً كلياً. ويرى كثير من النقاد أن الاسلوب الطبي محدود في نطاق خاص؛ والتصنيف الذي قدمه لنا الطبيب (كريبلن) لم يفدنا في فهم المرض او معرفة اسبابه. والحالة المحددة الخالصة من حالات الامراض المختلفة اي (النمطية) لمرض بالذات هي حالة شاذة - Rare - ونادرة في مجال الامراض النفسية. فالعصابي القهري قد تكون لديه اعراض هسترية كما أن العصابي قد يظهر أعراضاً تخشبية، والفصامي قد تبدو عليه مظاهر الاكتئاب الشديد أيضاً.

أما الشكل الثاني (السيكو ديناميكي: Psychodynamitic)؛ فالقاعدة التي يتخذها التشخيص فيه هي (ديناميات المرض النفسي)؛ وفي هذا الشكل لا بد من دراسة الحالة دراسة مستفيضة Comprehensive من جميع جوانبها، وخاصة من ناحية القدرات، والدوافع، والانفعالات، والقيم، والاتجاهات، وأساليب السلوك الدفاعية التي يتخذها الفرد؛ فضلاً عن آثار البيئة والمجال التي نشأ فيها.

مراحل وخطوات التشخيص عند سانديرغ وتيلر[٦]:

حدد هذان العالمان مراحل وخطوات التشخيص بالخطوات الأربع التالية:

١) مرحلة الإعداد: Preparation Stage

٢) مرحلة التزوُّد بالمعلومات: Input Stage.

٣) مرحلة معالجة المعلومات: Processing Stage.

٤) مرحلة اتخاذ القرارات: Decisions + output Stage.

أما - مرحلة الإعداد - فتشتمل على - أربع خطوات فرعية -:

أ- الاتصال بين الأخصائي، وكافة المؤسسات السابقة للتعرف على تفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض. وتجمع كافة التقارير.

ب- المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي في المقابلة المبدئية.

جـ- القرارات المبدئية في قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقييم الإكلينيكي.

د - اختيار أدوات التشخيص، من اختبارات ووسائل قياس وزيارات وغيرها.

أما المرحلة الثانية فهي مرحلة التزود بالمعلومات؛ وتشتمل هذه المرحلة على خطوتين فرعيتين:

أ - المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائيين والمريض، وقد تستلزم هذه المقابلات تعديلات في أهداف التشخيص ووسائله، وتتضمن كذلك تطبيق الاختبارات التي يرى الأخصائي تطبيقها على الحالة.

ب- تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضاً مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

وتأتي المرحلة الثالثة وهي مرحلة معالجة المعلومات ويقوم الأخصائي فيها بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح المعاني المتضمنة لها وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل وتفسيرها تمهيداً للاستفادة منها كما في حالة الالتحاق بدراسة - ما - أو مهنة معينة والنجاح فيها.

أما المرحلة الرابعة فهي المرحلة الأخيرة في التشخيص وهي مرحلة اتخاذ القرارات؛ وتتضمن كتابة التقارير Writing Reports واجتماعات مناقشات الحالة، ثم اتخاذ قرارات نهائية ترتبط بشأن العلاج وأسلوب العمل ويمكن للأخصائي أن ينقل ما لديه من معلومات لغيره من الأخصائيين أو يقوم بمتابعة العلاج بمفرده إذا كان هو المعالج النفسي الوحيد.

خطوات التشخيص عند (باب وسكوت Pope + Scott, 67)[٧]:

أشار العالمان (باب، وسكوت: Pope + Scott) بأن هناك سبع خطوات

رئيسية وهي:

١) يصوغ الطبيب الأسئلة التي يحول بسببها الحالة بالاشتراك مع الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

٢) يصوغ الأخصائي النفساني الإكلينيكي المشكلات المحولة في عبارات مرتبطة بطريقة أكثر مباشرة بالمناهج والوسائل التي يستخدمها.

٣) يختار عدداً من الاختبارات والوسائل النفسية الأخرى المفيدة في الإجابة عن هذه الأسئلة.

٤) يقوم بمقابلة المريض ويطبق عليه الاختبارات والوسائل المختلفة.

٥) يقوم بتصحيح الاختبارات الموضوعية الكمية، ويفحص الوسائل الأخرى سعياً وراء الدلالات الكيفية.

٦) يصوغ استنتاجاته عن المريض مع اعتبار أسئلة الطبيب نقطاً مرجعية على أساس فحص درجات الاختبارات، وقراءة استجابات المريض كل منها على حدة، والبيانات التي حصل عليها من الملاحظة، ومن تفاعله مع المريض.

٧) ينظم البيانات والاستنتاجات التي وصل إليها في صورة تقرير يبعث به إلى الطبيب المعالج، فدوره استشاري- Consultant.

ويستحسن أن لا يفوتنا القول في أن هذه المراحل والخطوات لعملية التشخيص هي- اجتهادات- لا تخلو من فائدة. ولكن الأخصائي الواعي يتصرف بما تمليه عليه الحالة من (مقتضيات).

الوسائل المستخدمة في التشخيص الإكلينيكي:

تعتبر تاريخ الحالة، ودراسة الحالة، والمقابلة التشخيصية، والاختبارات المقننة والإسقاطية والاستبيانات، والتقارير الطبية والعائلية والمدرسية والمهنية مجرد وسائل أولية في التشخيص. وإن التقرير التشخيصي الجيد للمريض هو الذي يعطينا صورة المريض باعتباره شخصاً حياً له خصائصه ومميزاته. ونواحي عجزه ومشكلاته ومتاعبه، ونواحي العجز أو المرض الذي يعاني منه المريض. ويعتبر تاريخ الحالة Case History من أهم مصادر المعلومات عن الحالة وهو يتضمن جميع المعلومات التي يمكن جمعها من المصادر المختلفة عن الفرد من لحظة ولادته حتى اللحظة الحاضرة.

أما المقابلة التشخيصية Diagnostic Interview فإنها تتيح للأخصائي فرصة الملاحظة المباشرة: Direct Observation لسلوك المريض مما لا تتيحه الوسائل الأخرى للتشخيص، وفي المقابلة يحصل الأخصائي على استجابات محددة.

وتعتبر (الاختبارات) بأنواعها المتعددة أداة من أكثر الأدوات أهمية في استكمال جمع المعلومات ويمكن تحديد الأدوار التي تحققها بالتالي:

أدوار الاختبارات:

أ- تقييم إمكانيات الفرد وقدراته: فهي تكشف عن الذكاء، والقدرات الخاصة، ولهذا كان هناك ارتباط وثيق بين القياس النفسي والعمل الإكلينيكي.

ب- تقديم وصف تشخيصي لسلوك الفرد: ويتضمن مشاعر العميل واتجاهاته، وأفكاره التي يمكن كشفها بواسطة الاختبارات الوصفية التشخيصية لجوانب الشخصية.

جـ- تقييم ديناميات السلوك: وتستخدم لمعرفتها الاختبارات الاسقاطية لكشف العوامل المؤثرة في سلوك الفرد وفي رسم خطة العلاج بعد تحديد الاتجاهات التي ترتبط بحالة العميل سواء كانت نحو الأسرة أو العمل أو غيرها.

حواشي الفصل الخامس

(1) Sundberg, N.D. + Tyler, L.E: Clinical Psychology, Appleton-Century Crofts, New York, 1962, U.S.A.

(٢) راجع الدكتور عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية القاهرة ص ٨٤، ١٩٧٦.

(3) Gronbach L.J + Gleser G.C. Psychological Tests + Personal Decisions, Urlano, University + Illinois Press, 1957.

(3) Stanton + Schwartz M.S. The Mental Hospital, Basic Books, 1954, New York. U.S.

(٥) راجع د. عطية محمود هنا - علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية - القاهرة ١٩٧٦ ص ٨٨٠.

(6) Sundberg, N.D. + Tyler, L.E: Clinical Psychology, Appleton-Century Crofts, New York, 1962, U.S.

(7) Pope, b + Scott W.H: Psychological Diagnosis In Clinical Practice, Oxford University Press, New York, 1957, U.K, London.

الفصل السادس

الأمراض السيكوسوماتيـــــة: Psychosomatic Illnesses

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد بيو- سيكولوجي.
- تعريف الأمراض السـيكوسوماتية وأبعادها وميكانيزماتها.
- علاقة القلق والضغط والضيق بظهور الأمراض السيكوسوماتية.
- استقلال الطب السـيكوسوماتي وصدارته وبروزه.

- الأمراض السـيكوسوماتية:

١ - أمراض الجهاز الهضمي:

أ- قرحة المعدة. ب- قرحة القولون. جـ- السمنة المفرطة.

٢ - أمراض الأوعية الدموية- الدورية والقلب:

أ- عصاب القلب. ب- التوتر الزائد. جـ- الإغماء. د- الصداع.

- ضغط الدم الجوهري، - لغط القلب الوظيفي.

٣- أمراض الجهاز التنفسي:

أ- الربو الشعبي. ب- حمى القش. جـ- السل الرئوي.

د- إصابات البرد المعتادة.

٤- الاضطرابات الجلدية:

أ- الاتكاريا. ب- حب الشباب، وسقوط الشعر.

٥- أمراض سيكوسوماتية معاصرة جديدة:

أ- السرطان. ب- سكر الدم (السكري).

جـ- التهاب المفاصل الروماتيزمي.

د- تزيف الأذن الوسطى.

هـ- الصداع النصفي.

و- الاستجابات العضلية الهيكلية.

ز- الاستجابات التناسلية، واستجابات الغدد الصماء والحواس وغيرها.

الفصل السادس

[الأمراض السيكوسوماتية]

تمهيد بيوسيكولوجي:

يصاحب أي نوع من الانفعال تغيرات بدنية خارجية وتغيرات فيزيولوجية داخلية. فالانفعالات الخاصة بالسرور أو عدم السرور، بالتوتر أو الراحة، بالقلق أو الاطمئنان إنما ينعكس تأثيرها المباشر علينا.

وتتحكم الأعصاب في الدماغ وأيضاً في كافة أعضاء الجسد الأخرى. فالجهاز العصبي ينظم حياتنا الجسمانية وهذا يعني التحكم في إفرازات الغدد بنوعيها الصماء وغير الصماء والتي ينعكس نشاطها على الجهاز العصبي بطريق عكسي. فالجهاز العصبي: Nervous System يتلقى الأحاسيس في شكل شحنات عن طريق (الضوء، الصوت، الحرارة، الرائحة إلخ..) ويمتصها ثم يتولى تحويلها إلى حركة وأفكار وأحاديث... إن كل حركة وسكنة في الجسد الإنساني تعتمد كلية على الجهاز العصبي. لا شيء يتحرك إلا بأمره.. حتى الأفكار.. الحركة، كل شيء منبعها الجهاز العصبي. إنه إذن الجهاز المسؤول عن كافة الصور الحياتية لنا بدءاً من التنفس، وانتهاءً بالدورة الدموية والنشاط الذهني الشعوري واللاشعوري. إن الجهاز العصبي هو القائد المسؤول والرابط الرئيسي للسلوك وردود الأفعال الفيزيولوجية، والاستجابات المرضية وباختصار لكياننا ككل وبشكل غير متجزىء.

ولو قمنا بنظرة (ميكروسكوبية) للتغيرات الحشوية داخلنا فإننا نرى أنها تدور حول المحافظة على التوازن الهيموستازي (البايوكيميائي) للبيئة الداخلية في الجسم Internal Balancing Mechanism والذي يشمل تنظيم الحرارة وضربات القلب وضغط الدم ومعدل التنفس وإذابة السموم التي تتراكم أحياناً، وأي انفعال نفساني حسب درجته وشدته من الخارج يؤثر على الفور في التوازن الداخلي وترد الأجهزة الفيزيولوجية كالمعدة والقلب والرئتين ردوداً غريبة مشيرةً إلى خلل في (التوازن الهيموستازي- البايوكيميائي للجسم) ويظهر المرض. وتظهر المصاحبات والترابط الفيزيولوجي للسلوك في حالة: (الأزمات الانفعالية) في عمل الجهاز العصبي[1] المستقل، وهو ذلك الميكانيزم السوي (اللاإرادي) الذي يحافظ على التوازن الهيموستازي. وينقسم الجهاز العصبي المستقل إلى قسمين: الباراسمبثاوي والسمبثاوي، وهما يعملان في تعارض متعاكس (فأحدهما يعمل على ارتخاء بعض العضلات والثاني يعطل هذا العمل). ويميل القسم- الباراسمبثاوي- إلى المحافظة على الوظيفة البيولوجية السوية. وأما- السمبثاوي- فيمدُّ الكائن للاستجابة ورد الفعل الضروري. وفي حالات الضغط الانفعالي Tense tension يتعطل النشاط الفيزيولوجي السوي الذي يحافظ عليه القسم الباراسمبثاوي ويعمل الجسم في الاتجاه الضروري للقسم السمبثاوي: (الدفاعي).

ولكي يتضح لنا ميكانيزم الانفعال بشكل أوضح يجب أن ندرك أن الناس جميعاً يمرون في حياتهم بفترات انفعال كجزء عادي مع شؤون حياتهم. وبعضهم الآخر يزداد عندهم الانفعال؛ فهم يتعرضون إليه كل ساعة لأنهم يمثلون صنفاً معيناً من الناس ومستوىً خاصاً من التوتر.

والانفعال عموماً هو وقتي، ويصل إلى قمة الشدة بشكل يتلاءم مع

الموقف، ويخبو ويخمد إذا ما واجهه الفرد أو تغلب عليه أو إذا اختفى الموقف المثير للانفعال. والقدرة على أن يتمثل الفرد الانفعال السوي بكل مداه علامة على التوافق الجيد كما أنه يزيد حياته ثراء. ولكن عندما يصبح الانفعال مزمناً أو شديداً جداً، فإن التوازن الهيموستازي يضطرب بشكل خطير، ويظهر هذا الاختلال المستمر في شكل (اضطراب سيكوسوماتي) Psychosomatic Disorder.

تعريف الأمراض السيكوسوماتية وأبعادها وميكانيزماتها:

يعرف العالمـــان فابيـــان ل. روك، و د. كوستيلو الأمراض السيكوسوماتية بأنها « مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه، وتكون من الحدة والإصرار بحيث تقاوم أشكال العلاج الطبي المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها:

It rejects medical Treatement.

فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة اختلال شديد أو (مزمن) في توازن هيموستازي في (الكيمياء الفيزيولوجية) للجسم نتيجة لضغط سيكولوجي: As a Result of Psychological Pressure.

وتشمل هذه الحالة أي جزء من الجهاز العضوي، وتحتاج عادة إلى علاج نفسي وطبي. فالمرض السيكوسوماتي هو مرض جسمي ذو جذور وأسباب نفسية ويظهر على شكل رد فعل استجابي لأي عضو مصاب كالاستجابات المعدية أو المعوية، أو استجابات قلبية أو تنفسية أو جلدية أو عضلية هيكلية أو تناسلية. وهناك اضطرابات أخرى تشمل الدورة الدموية وجهاز الغدد الصم وأعضاء الحس المختلفة.

ويشير العالمان (برادي: 1958 Brady وسانفورد Sanford)[٢] إلى أن الأمراض الناتجة عن أسباب نفسية يمكن أن تقود إلى أمراض مذهلة كالتالي:

١) الربو Asthma، ٢) الصداع النصفي Migraine، ٣) السمنة Obesity، ٤) ارتفاع ضغط الدم High blood Pressure ٥) التهابات الجلد: Neurodermatitis، ٦) التهاب الغشاء المخاطي أو القولون: Colitis، ٧) القرحة Stomach-Ulcers أو حدوث نزيف معدي داخلي: Internal bleeding.

وقد ذكر الدكتور أحمد عزت راجح في كتابه (الأمراض النفسية والعقلية) تقريراً لمكتب الصحة الفيدرالي في أمريكا يحصي الأمراض التي تعود أصلاً إلى الأزمات النفسية وكان منها:

«ضغط الدم الجوهري، وقرحة المعدة والأمعاء، والربو وأمراض التنفس، وأمراض القلب وأمراض الشريان التاجي، والذبحة الصدرية، والجلطة الدموية، وحالات الإمساك والمغص، والإسهال المزمن، والتهاب المفاصل الروماتزمي، وتضخم الغدة الدرقية، والطفح الجلدي والصداع النصفي، والبهاق والبول السكري، وسلس البول العنيد، واللمباجو وعرق النسا»[٣].

ويشير (والتركوفيل، وتيموثي) في كتابهما: Abnormal Psychology إلى أن التقارير التي يقدمها المسؤولون في مستشفيات الأمراض العقلية والنفسية تشير بصفة عامة إلى أن (٤٠٪ - ٦٠٪) من المرضى الذين يترددون على الأطباء في كل أنواع المرض يعانون من اضطراب سيكوسوماتي. وتوضح لنا الأبحاث في ميدان الطب الصناعي أن نسبة كبيرة وصلت بين

(٧٠ - ٧٥٪) من حـالات التغيـب عن العمـل ترجع إلى شكـاوي سيكوسوماتية. كما تشير الدراسات في الميدان العسكري بأن الاضطراب السيكوسوماتي هو من أعلى نسب التردد على العيادات.

فأسباب الأمراض السيكوماتية كما اتضح أمامنا تحدث نتيجة لضغط انفعالي أو مستمر من مشكلات وأعباء الحياة اليومية التي يعيشها الإنسان المعاصر في عصر أبسط ما يوصف فيه بأنه عصر القلق والسكتة القلبية، والجلطـة الدموية والذبحة الصدرية والسرطـان والتهابات الدمـاغ والروماتيزما والعصاب والفصام والهستريا والذهان وغيرها.. وهذا الضغط متوقف على (الأسلوب) أو (الحل) الذي يستجيب به الفرد لشدائد الحياة ومواقفها؛ بغض النظر عن إدراكه لها بصورة موضوعية أو غير موضوعية. فإذا لم يتم إخراج الانفعالات التي يتطلبها الموقف في صورة (فيزيقية أو لفظية) فإن التوترات الداخلية تعمل من الداخل وتعطل الوظائف: The Functions السوية لبعض الأعضاء. ويلعب الخوف بأنواعه والقلق والغضب والكبت والضغط دور المناشير والمقصات في أعصابنا وفي أجهزتنا الداخلية.

وقد صور العلماء الأربعة (والتركوفيل، تيموثي، كوستيلو، فابيان روك) ميكانيزما المرض السيكوسوماتي بقولهم[٤]:

« ... فإن حدث أن أعيقت هذه الطاقة Energy الحشوية عن الانطلاق في سلوك خارجي مناسب بالعمل أو اللفظ؛ كأن امتنع الفرد من الهرب في حالة الخوف أو الدفاع في حالة الغضب، زاد تراكمها واشتدت وطأتها فتضخمت الاضطرابات والتوترات الحشوية مما قد يحدث للفرد أعراض من الصداع dizziness أو القيء: Throueing out أو سوء الهضم

digestive disorder أو الإسهال أو الإمساك أو اضطراب التنفس والربو، أو ضربات القلب.. وبعبارة وجيزة؛ إذا لم نمكن انفعالاتنا من التعبير الظاهر عن نفسها بصورة ملائمة تولت (أجسامنا) التعبير عنها بما تستهلكه من لحم ودم ».

وقد نشر الدكتور (جوليان روتير J. Rotter في مجلة لانسيت Lancet الطبية الانجليزية بحثاً مقارناً عن خطورة الإحصائيات المرتبطة في أمراض القلب الراجعة إلى عوامل نفسية سببها مواقف انفعالية تثيرها ظروف اجتماعية: Caused by social factors؛ عديدة كالضياع والاغتراب والكبت والقلق والمشكلات العائلية والانفعالية والقمع وغيرها مما تحمله لنا الحضارة المعقدة المعاصرة:

« لقد سجلت الاحصائيات في الولايات المتحدة بأن أمراض القلب بمختلف أنواعها الستة؛ ارتفعت نسبة الإصابة بها من ٨٪ في عام ١٩٠٠ إلى ٣٢,٧٪ في عام ١٩٤٨ أي بزيادة أكثر من ٤٠٠٪ إلى ٦٤٢٪ في عام ١٩٧٧ أي ما يقارب من ٨٠٠٪ عما كانت عليه عام ١٩٠٠ وهذا النذير بالخطر ينعكس في أن نسبة الوفيات في (الأمراض التاجية) في الولايات المتحدة يزيد (١٢) مرة على نسبتها في انكلترا رغم وجود الفارق السكاني الذي تزيد به أمريكا خمسة أضعاف أو أكثر عن المملكة المتحدة، ولا يفوتنا الإشارة بأن الشريان التاجي هو الذي يغذي عضلة القلب باستمرار ».

ويعتقد الدكتور محمد أحمد غالي في كتابه الشهير[٥] « القلق وأمراض الجسم » « بأن خطورة الأمراض السيكوسوماتية (الجسمية - النفسية) قد شاع وانتشر بعد حربين عالميتين وما جرتا وراءهما من أهوال ونتائج سيئة، وتظهر تلك الأمراض على شكل إصابات فعلية أو خلل فعلي

حقيقي في أنسجة أو خلايا جدران المعدة أو الأمعاء الغليظة، أو الجلد، أو في وظيفة التنفس أو غيرها من صور الأمراض التي أصبحت الشغل الشاغل للكثيرين من المشتغلين بالطب البشري، لأنهم حاروا في البحث عن أسبابها كما فشلت الجهود الحالية طبياً وكيميائياً في استئصال شأفتها ولا غرابة في ذلك؛ لأن كل الجهود كانت موجهة نحو الأعراض Symptoms ولم تتوجه نحو الداء نفسه في جذوره وأسبابه العميقة السيكولوجية ».

ويسلط العالم (هاليداي Halliday) الضوء على كيفية ظهور الأمراض السيكوسوماتية وتحوّلها فيزيولوجياً وعصبياً بحكم (تحولات ومتغيرات) العصر النووي التكنولوجي الصعب الذي ندفع الثمن لإنجازاته البشرية كلها بقوله:

« إن سبب هذا التحول من التعبير عن التأزم النفسي بالأعراض الهستيرية إلى التعبير بالأمراض (النفسية- الجسمية) يرجع إلى تغير الجو النفسي بسبب اختلاف المعاملة وتغير العلاقة بين الطفل والوالدين في النصف الثاني من القرن العشرين الأمر الذي زاد من أنواع الشعور بالعداء والكراهية الكظمية ».

وقد لوحظ بأن (الأمراض السيكوسوماتية) تشيع بين الشباب والفتيات وحديثي السن رغم التقدم الكبير في ميادين الرعاية الاجتماعية والصحية والطب الوقائي والعلاجي فإن هناك أكثر من - مليون شخص- لا يقبلون في القوات الأمريكية المسلحة- سنوياً- بسبب اضطرابهم النفسي والجسمي معاً. و- مليون آخر- يعفون من الخدمة بعد أن تظهر عليهم الاضطرابات السيكوسوماتية[٦].

ويعتبر ضغط الدم Blood Pressure من أخطر الأعراض

السيكوسوماتية فقد دلت الأبحاث بأن الأمريكيين والانجليز المقيمين في الصين والمناطق الحارة تقل نسبة ضغط الدم عندهم عمن يقيمون في أمريكا وانكلترا حيث يتعرّضون لحياة العمل والضغط والتوتر التكنولوجي والتنافس والصخب والقلق وتبرز لديهم أعراض قرحة المعدة أو القولون وبالذات السكر البولي أو الدموي، وتشير الإحصائيات أن نسبة الوفيات من ضغط الدم الجوهري (غير العضوي) وتضخم الغدة الدرقية قد تطور بالشكل التالي:

أ- في أمريكا ارتفع من ١٤٠,٠٠٠ في سنة ١٩٢٤ إلى ٣٧٥٠٠٠ في سنة ١٩٤٠ إلى ١٠٠٠,٠٠٠ في عام ١٩٦٠ بسبب ضغط الدم الجوهري.

ب- في انجلترا ارتفع معدل الوفيات بمقدار ٤٠٠٪ بين الذكور، ٢٣٠٪ بين الإناث بين سنة ١٩١١ - ١٩٣٦ وازدادت هذه النسبة إلى ٨٠٠٪ بين الذكور، ٤٦٠٪ بين الإناث بين عام ١٩٣٦ - ١٩٦٦.

وانتشرت قرحة المعدة والأمعاء بشكل متفاقم بين رجال الإدارة والمصانع والشركات والأطباء لما يضطلعون به من مسؤوليات جسيمة؛ وليس غريباً أن تكشف الدراسات الطبية بأن ٩٥٪ من أمراض الجلد؛ ومنها أمراض الآركيتيريا والحساسية الجلدية المختلفة كالأكزيما هي- أمراض سيكوسوماتية- تهاجم المريض عندما تنخفض روحه المعنوية أو يعاني من القلق والسخط المكبوت على العمل أو المتاعب العائلية. وقد كشفت دراسات عديدة عن أثر (العوامل النفسية) في إجراء بحوث على عمال أصيبوا بأمراض جلدية ظهر أنهم كانوا يعملون ببعض المواد الكيماوية، وذلك لأنهم كانوا يعانون قلقاً شديداً بسبب الصراع الناجم عن كراهيتهم

لهذا العمل مع الخوف من ترك العمل. وهكذا كان هذا العَرَض الجسمي أحد الظواهر (النفسية- الجسمية) التي أمكن علاجها عن طريق العلاج النفسي والطبي معاً[٧].

وقد استبعد العالم (هاليداي Halliday) أن يكون للعصاب والذهان اللذين سنتحدث عنهما بالتفصيل في الفصلين السابع والثامن؛ استبعد أن يكون لهما ارتباط بالأمراض السيكوسوماتية لأنها لا تتضمن خللاً وظائفياً - Dysfunction - وركز (هاليداي Halliday) على الجذور النفسية في الأمراض الجسمية بقوله: إن الاضطرابات السيكوسوماتية هي اضطرابات جسمية ذات طبيعة لا يمكن تقديرها دون النظر لأشكال المشكلات الانفعالية، أي الأحداث النفسية: Psychological Events التي لا يمكن الاستغناء عن دراستها إلى جانب الاضطرابات الجسمية». ويضيف د. غالي بأنها أعراض تصيب الأعضاء أو (أعضاء الأجهزة) التي تستثار عصبياً بواسطة الجهاز العصبي اللاإرادي.

علاقة القلق والضغط والضيق بظهور الأمراض السيكوسوماتية:

في كل موقف من حياتنا مظهر من مظاهر الضيق Stress يكون ناتجاً عن ضغط Pressure ويولد قلقاً Anxiety؛ والقلق بدوره يسير بواسطة الأعصاب فيتحرك الجهاز العصبي المركزي بطرقته الكبيرة Autonomic اللاإرادية ويضرب المعدة أو القلب أو الرئتين أو غيرها من أجهزتنا الحساسة التي تنعكس بردود أفعال أوتوماتيكية مؤلمة ومبرحة.

ولقد تعلمنا في المختبر الكثير من التجارب على الحيوان التي استفاد منها علم النفس التجريبي في ميادين التعلم وغيرها. وفي مجال معرفتنا

لميكانيزم القلق والضيق والضغط ونتائجها المذهلة؛ أقام العالم (برادي Brady 1958) تجربة على - قردين - فوضعها في جهاز وجلس كل قرد بجوار الآخر. وكان يعرضها لصدمة كهربائية كل (٢٠) ثانية. وكان أمام أحد القردة رافعة إذا حركها في الوقت المناسب بالضبط أنقذ كلا الحيوانين من الصدمة الكهربائية، وإذا حركها قبل أو بعد الموعد المحدد أو إذا لم يحركها على الإطلاق تعرض هو وزميله إلى الصدمة الكهربائية. وكان أمامه (٢٠) ثانية فاصلاً بين كل صدمة، وكان مفروضاً أن يحرك الرافعة في هذه الاستراحة.

ماذا كانت نتيجة هذه التجربة بالنسبة لكل من القردين؟

لقد تبين أن القرد الذي يجلس مستريحاً Comfortable، ولم يكن عليه أن يحرك شيئاً ولم يكن مسؤولاً عن الحماية من الصدمة، تبين أن التجربة لم تؤثر عليه إلا قليلاً جداً، لأنه كان متحرراً من الضغط Pressure، والمسؤولية Responsibility والضيق Stress. أما القرد المكلف والمسؤول عن رفع الرافعة فعلى العكس من ذلك أصيب (بقرحة حادة في المعدة): Severe Stomach Ulcer؛ نتيجة للضغط Stress بعد (٣) أسابيع من إجراء التجربة. واستنتج (برادي) وجود علاقة بين المخاوف النفسية والمرض العضوي؛ فالشعور بالقلق المستمر المتواصل يؤدي إلى الأمراض السيكوسوماتية والضغوط التي يتعرض إليها الناس في حياتهم اليومية والمخاوف وحالات الإحباط والفشل والقلق تؤدي تلقائياً إلى مرض سيكوسوماتي. فمدير الشركة تحت ضغوط والعسكري في الجيش تحت ضغوط والطالب في المدرسة أو الجامعة تحت ضغوط والكل يسير نحو المرض مهما حاول تأخير الوقت.

وفي اعتقادنا أن انفعالات القلق، والمخاوف والضغط، تؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية طويلة، وتؤدي بدورها إلى تحطيم أعضاء الجسم بهاجمة (واحد) تلو الآخر، وإلى ظهور الأعراض السيكوسوماتية. وإن الخبرات الانفعالية الطويلة ينتج عنها أعراض فيزيولوجية وتدمير حقيقي لأعضاء الجسم.

ولا بد من استعراض (أمثلة إكلينيكية) للتدليل على هذا الحكم:

أ- لقد دلت بحوث تحليلية دقيقة[٨]، على فريق كبير كعينة من المصابين (بضغط الدم الجوهري)- غير العضوي- الذي يسمى بالضغط الخبيث على أنهم يعانون من أزمات نفسية عنيفة: Psychological Grisis قوامها العداوة والبغضاء؛ Hatred + aggression، وأنها مزمنة لديهم وإن بدوا هادئين في الظاهر، وأنها عداوة لا يعبرون عنها ولا يتنازلون عنها، فلم تجد مخرجاً أو منصرفاً (Outlet) في مرض نفسي، أو زجاجة خمر، أو غيرها من (الحيل الدفاعية). وقد لوحظت حالات اختفى فيها الضغط بظهور أعراض عصابية: Neurotic Symptoms كما وجد أن هذا العدوان ليس مكبوتاً لديهم كبتاً عميقاً بل كان قريباً من حدود الشعور قبل أن ينقلب إلى عدوان فعلي: Actual Aggression.

وقد اتضح أن هؤلاء المرضى تتحسن حالاتهم حين يتاح لهم التعبير عن دوافعهم العدوانية أثناء جلسات العلاج النفسي، أو حين يتعلمون طرقاً أفضل: Better Ways للتحكم في هذه الدوافع وحسن التعامل مع الواقع والناس والبيئة.

ب- أرسل جراح: Surgeon شهير فتاة مصابة بتضخم في الغدة الدرقية، أرسلها إلى طبيب نفساني Psychiatrist ليخفف عنها بعض

مخاوفها حتى يتسنى له إجراء عملية جراحية لها، فقد كان نبضها من السرعة بما لا يسمح بإجراء العملية. فقام الطبيب النفسي بتحليل المريضة تحليلاً نفسانياً وعلاجياً، وبعد ثلاثة أشهر أعادها الطبيب النفساني إلى الجرّاح متحررة من كل مخاوفها وقد شفيت كذلك من تضخم الغدة الدرقية فلم تعد بها حاجة إلى إجراء العملية.

وقد عرض الطبيب الجرّاح الشهير (ماكسويل مالتز Maxwell Maltz - 1976) في كتابه الشهير: The Magic Power og self-Image Psychology الذي طبع منه في نيويورك ٤٠٠,٠٠٠ نسخة وتجددت طبعته (١٠) مرات متواصلة، وفيه عشرات الحالات التي توقف فيها في عيادته عن استعمال الجراحة واستطاع علاجها وشفاءها بالعلاج النفسي[٩].

جـ- دلت الإحصائيات البريطانية الحربية أن قرحة المعدة والأمعاء سببت للجيوش البريطانية خسائر فادحة خلال الحرب العالمية الثانية. وجاء في التقرير عمن أصيبوا بها أنهم شخصيات عصابية ظاهرة تعرضوا لتوترات نفسية متواصلة من جراء توقع العدوان عليهم دون أن تكون لديهم فرص المقاومة والقتال.

د- قامت دراسة بين مستشفى في (شرق) مدينة سان فرانسيسكو عولج بها ٢٠٠ مصاب بقرحة المعدة (علاجاً نفسياً)، وعولج الفريق الثاني ٢٠٠ مصاب بالقرحة في مستشفى ثانٍ في (غرب) سان فرانسيسكو بواسطة (العلاج الجسمي) عن طريق الأدوية الطبية، واتباع نظام خاص في الطعام. وفي نهاية الأسبوع الثالث تم شفاء أفراد الفريق الأول كلهم ما عدا واحداً، ودام شفاؤهم مدة طويلة بعد انتهاء العلاج. أما أفراد الفريق الثاني فقد

شفوا جميعاً من القرحة غير أنها عاودتهم (مرة أخرى) باستثناء شخصين اثنين بعد أسبوعين فقط من انتهاء العلاج والعودة إلى نظام الطعام العادي وتعتبر هذه الدراسة التجريبية دلالة قاطعة على أثر (العلاج النفسي) لا في الشفاء فقط بل في (الوقاية) ومنع عودة الأعراض من جديد.

ويجب أن لا يفوتنا القول بأننا حين نذكر أن قرحة المعدة أو ضغط الدم الجوهري- نفسيًّا المنشأ- فهذا لا يعني أن تآكل جدران المعدة أو انقباض الأوعية الدموية يحدثه دوماً مؤثر غير جسمي. فقد ذكرنا من قبل أن كل نشاط نفسي هو في الوقت نفسه نشاط جسمي، والعكس بالعكس. فالظواهر والعوامل النفسية هي في الوقت نفسه ظواهر وعمليات جسمية. وهي لا تختلف عن العمليات الجسمية إلا في أنها تدرك إدراكاً مباشراً على صور أفكار أو انفعالات أو رغبات أو تخيلات.

ولقد زودنا تاريخ الأمراض السيكوسوماتية كما هي الحال في الأمراض النفسية؛ بأن الأعراض الحشوية قد تظهر منذ مرحلة الطفولة المبكرة Early Childhood على صورة- إسهال أو قيء أو إمساك أو اضطرابات معوية- وتزداد في مرحلة المراهقة ويندر أن تظهر للمرة الأولى في عهد الكبر.

استقلال الطب السيكوسوماتي وصدارته وبروزه:

لقد أدى انتشار (الأمراض السيكوسوماتية) في العصر النووي المعقد الذي نعيش فيه إلى زيادة الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية في التشخيص وفي العلاج في نشوء هذه الأمراض دون أن نغض النظر عن أثر العوامل الجسمية، وهذا الاتجاه الجديد في الطب أطلق عليه: الطب

السيكوسوماتي: Psychosomatic Medicine، وهو اتجاه يهتم بالمتاعب الشخصية والعائلية والمهنية والمالية والظروف الاجتماعية للمريض ويعيرها ما تستدعيه من الاهتمام. فهو يهتم بالمريض The ill كما يهتم بالمرض: The illness، وينظر إلى الأزمات النفسية والعوامل الانفعالية على أنها عوامل حقيقية فعالة في إحداث الاضطرابات الجسمية كالميكروبات والسموم على حد سواء. وباختصار؛ الطب السيكوسوماتي ينظر إلى الإنسان على أنه وحدة نفسية جسمية اجتماعية متكاملة متضامنة إذا أصيب فيه عضو واحد تأثرت له سائر الأعضاء.

وقد بدأ علماء الطب يلاحظون أن كتبهم وأدواتهم التي تركز على (المرض) فقط تكاد تخلو من أثر العوامل النفسية والاجتماعية في إحداث الأمراض الجسمية وحتى إذا جاء ذكرها عرضاً في وصف المرض وتعليله فإنه لم يكن فيها ما يشير إلى العلاج النفسي.

وقد بدأ أطباء معاصرون مدربون نفسانياً بإعادة النظر في الأسلوب الطبي المادي الذي لا يهتم بالمريض كإنسان يعيش في بيئة مريضة، ولديه من العواطف والمشاعر ما يجعل ديناميات سلوكه تستسلم للمرض استسلاماً. بدأوا يخففون من النظرة التشريحية والبيولوجية البحتة للمرض نفسه بمعزل عن المريض وبيئته وبدأ يظهر اتجاه حديث في الطب المعاصر يدعى (الاتجاه الكليّ): The Whole man Approach وغايته النظرة الشاملة للإنسان المريض من خلال بيئته ومرضه. وقد يساعد هذا الاتجاه (الجسماني) للتخلص من (الازدواجية) التي غالباً ما يسقط ضحيةً لها. فهو في محاضراته وبحوثه يؤكد أولوية وسيطرة العوامل الفيزيولوجية في المرض: Dominant medical causation: ويعرض عن الإشارة للجذور والدوافع

السيكولوجية له؛ وهو - عملياً - في العيادات والمستشفيات لا يتردد في نصح المرضى المصابين بالتهاب أو حمى، أو قرحة، أو ضغط جوهري، بأن يتجنبوا الانفعال الشديد، والإجهاد الذهني، وبأن يأخذوا الحياة هوناً وكلها أسس نفسية علمية للشفاء، وفيما يلي سنتناول الأمراض السيكوسوماتية طبقاً للأجهزة الحشوية الداخلية.

١ - أمراض الجهاز الهضمي: Gastrointestinal Disorders

وتشتمل على:

أ- قرحة المعدة: Stomach or Peptic Ulcer

ب- قرحة القولون: Ulcerative Colitis

جـ- السمنة المفرطة: Excessive Obesity

أ- قرحة المعدة: Stomach or Peptic Ulcer

هي عبارة عن التهاب أو خلل في أحد المجاري في جدار المعدة أو الجزء العلوي من الأمعاء الدقيقة، وتتكون نتيجة لزيادة نشاط المعدة وزيادة الإفرازات بها: Oversecretion في الظروف العادية فإن المعدة لا تعمل إلا عندما يكون هناك وجبة تناولها الإنسان، وعلى المعدة أن تعمل على هضمها Digestion وما إن تنتهي المعدة من عملها هذا، حتى تبعث بما فيها من محتويات إلى الأمعاء، ثم تخلد إلى الراحة.

ولكن في بعض الظروف الانفعالية تظل إفرازات الأحماض تنصب في المعدة. هذه الأحماض تؤدي في النهاية إلى حدوث (فجوات ملتهبة)؛ في

جدران المعدة كنتيجة للضغط والآلام النفسية، ومثل هذه الالتهابات قد تصبح خطيرة وتقود إلى درجة حدوث (نزيف داخلي في المعدة): Internal Bleeding ويحتاج لكشفه إلى أشعة وتعتبر الظروف السيكولوجية- الانفعالية المسؤولة الأولى عن هذه الالتهابات. كما أن فوضى التغذية والإكثار من الطعام وهما مؤشران سيكولوجيان لحالات انفعالية تفرضان على المعدة (عملاً مضاعفاً) ومرهقاً عن الأحوال الاعتيادية من شأنه مضاعفة إفرازات الأحماض التي تؤدي إلى القرحة المعدية.

ويؤكد العالم (وولف S. Wolf)[١٠] بأن الإفرازات الزائدة هي حالة ضغط مزمن ناجم عن (توتر انفعالي) مستمر يؤدي إلى تآكل وتخريب جدران المعدة وخلاياها وخلل في التفاعلات الكيميائية.

وقد كشفت دراسات تجريبية ارتباط القرحة بالأحداث التالية:

١) الأحداث التي يواجه بها الفرد الفشل والإحباط.

٢) وجود صراع أو خلاف مع الأم أو مع من يرمز إليها كسلطة.

٣) في حالات الحمل لزوجة (المريض) أو وضعها لطفل.

٤) الشعور العنيف بالذنب على وجود علاقة جنسية غير شرعية.

٥) العمل تحت ظروف التوتر والضغط وقمع الرغبات.

٦) المشاحنات العائلية والاعتماد على الآخرين وعدم الاعتماد على النفس.

ويلاحظ أن الرجال أكثر عرضة من النساء لمرض قرحة المعدة ويؤكد الكسندر Alexander أن القرحة توجد عند من يتصفون بالعدوان أو

التنافس ولديهم رغبة داخلية بمساعدة الآخرين ويبحثون عمن يرعاهم ويحبهم ويهتم بهم.

ويشير العالمـان (تيموثي وفابيـان روك) في كتابها: Abnormal Psychology بأن قرحة المعدة ترتبط باضطرابات معوية وبشكل محدد اضطراب في عملية الإخراج والالتهاب المزمن بالمعدة (المعدة العصبية): Neurotic stomach وقلة الشهية (الفقدان العصبي للشهية) Appetite Disorder فهي كلهـا اضطرابـات معدية- معوية- سيكوسوماتيـة. ولتحديدها يقسمها العالمان المذكوران إلى ثلاثة أقسام:

(١) اضطرابات الإخراج.

(٢) التهابات المعدة المزمن.

(٣) فقدان الشهية العصبي.

أما اضطرابات الإخراج: فتتمثل في الإسهال المزمن (التهاب الغشاء المخاطي) والإمساك والتبول اللاإرادي وكلها لها دلالات سيكولوجية هامة. وترتبط نظريات التحليل النفسي بين هذه الاضطرابات وبين الخبرات المبكرة في التدريب على- عملية الإخراج- التي يصاحبها منذ الطفولة ضغوط انفعالية نتيجة الشعور بالاستياء والقلق والشعور بالخطأ والذنب.

الالتهابات المزمنة للمعدة: وتشمل عدة أعراض كالحرقان، وعسر الهضم وكركبة المعدة والتجشؤ وهي- في العادة- اضطرابات سيكوسوماتية عندما تكون مرتبطة بضغط انفعالي.

فقدان الشهية العصبي: في هذا الاضطراب يفقد الفرد الشهية ويزهد

بالطعام نتيجة لاضطراب أو صدمة انفعالية. وتعود العلاقة بين (الأكل والانفعال) شراهةً أو فقداناً للشهية إلى تاريخ الفرد السابق ومن العوامل السيكولوجية التي وجدت، ونجدها في الحالات المختلفة لهذا الاضطراب (مقاومة الفرد لمطالب وضغط الوالدين، الشعور بالذنب Guilt Feeling، وعقاب ولوم الذات Self Blame + Self punishment وتشير التقارير الإكلينيكية أن فقدان الشهية قد يحدث نتيجة سوء فهم طفلي لعملية الحمل، مع خوف لاحق من هذه العملية التي يتصور الفرد أنها ترجع إلى الأخذ عن طريق الفم.

إن نظرة سريعة على عشرات الكتب التحليلية النفسية التي توضح العلاقة بين قرحة المعدة والحالات النفسية تقنعنا وجهاً لوجه أمام ثلاثة حقائق:

(١) يعتبر (فرويد) أول من أشار لأهمية مشاعر اللذة الطفلية لمنطقتي الفم والإست، وأن القناة الهضمية تصل الطفل بالعالم الخارجي بالمص أو العض عند الرضاعة ثم الإخراج الذي يعطيه بعض الراحة، كما تعطيه الرضاعة اللذة.

(٢) عند اضطراب علاقة الطفل بالأم أو من يحل مكانها، يعبر الطفل- ذكراً كان أم أنثى- عن اضطرابه بواسطة هذه القناة إما بالإسهال أو الإمساك أو القيء، ويعبر عن العداء بالعض، وتعتبر (القرحة المعدية) عدواناً موجهاً لداخل الفرد: Internal Aggression أي هي (عض يعبر به الكبير) عن العدوان وقلق العدوان المكبوت.

(٣) يرى علماء التحليل النفسي أن أكثر الأجهزة حساسية في مواقف القلق المختلفة هو (القناة الهضمية). فالإسهال في نظر المحللين دليل

الكرم والعطاء، والإمساك دليل البخل أما - قرحة المعدة - فهي تعبير عن (العدوان على الذات) في حالات الفشل في التعبير الصريح عن القلق من عدوان أو خوف مكبوت.

وقد اكتشف كل من (وولف، وولف S. Wolf + H. G, Wolf)[11] مزيداً من الحقائق التي تثبت العلاقة بين الاضطراب الانفعالي والمعدة؛ باستعمال (أنبوبة) الهضم، ووجدا أنه كلما تعرض الفرد لحالة من القلق أو الغضب أو الضيق والكراهية، كانت حركات المعدة وإفرازاتها (تزيد): Oversecretion، وأن الغشاء المبطن كان يصبح متضخماً بالدم. أما عندما كان الفرد يتعرض للحزن أو الخوف فإن حالة الحركة الهضمية والإفرازات والإخراج والامتصاص كانت (تهبط وتقل): Reduction وقد وجدا بأن المرضى الذين يعانون استثارة زائدة: Extra irritation في الجهاز السمبتاوي (الدفاعي)، كانوا يتعرّضون عقب هذه الاستثارة لفترة تعويضية من النشاط الزائد للجهاز العصبي البارسمبتاوي (التعديلي) ويترتب على ذلك زيادة واضحة في إفرازات العصارات الهضمية.

هذا وإن من الحقائق الفيزيولوجية الثابتة هو أن المعدة في حالات الانفعال الشديد: Severe tension وعند مرضى القرحة لا تتوقف بعد مرور الطعام إلى الأثني عشر بل تستمر في إفرازاتها وحركاتها كأنما هناك طعام آخر بالطريق؛ وهذا يعرض جدران المعدة للأحماض فترة أطول وبالتالي للتآكل الذي ينجم عنه النزيف Bleeding المرتبط بقرحة المعدة. وقد كشف الكثير من التقارير العيادية بأن معظم المصابين بالقرحة يعانون ميلاً لا شعورياً للتواكل والاعتماد على الآخرين مهما بدا في سلوكهم الظاهري من رغبـــة في الاستقـــلال. فهم يشعرون بالتصـــاق

بشخص - ما - والتعلق به وغالباً ما يكون - الأم - أو من ينوب عنها، لأنها رمز يعطيهم الحب والحنان - دون مقابل - وتتحمل عنهم المسؤوليات واتخاذ القرارات. ويضطرهم (الواقع) لكبت نزعات التواكل اللاشعورية ويتعرضون لمواقف الإحباط والضغوط والقلق لمجرد التراجع إلى إلحاحات المطالب الطفلية والإلحاح في الحب Early Childhood demands . وتتخذ حالات القلق هذه لنفسها مخرجاً بسلوك المرضى (للشهية الزائدة) كتعويض طفولي، فيزيدون المرض حدة ووضوحاً باستمرار الاهتمام بالطعام والتهامه حيث تظل الأجهزة والعصائر الهضمية دائمة الفعّالية: Demanding + Very active ، وحينما تصبح هذه النزعة مزمنة تصبح القرحة عرضاً يختلط أمره بين أطباء النفس والجسم.

ويتسم الفرد بشعور الغيرة الشديدة: Severe Jealousy والسعي بشراهة نحو اهتمام الآخرين به: Acute attention Seeking .

إن الفرد الذي يعاني مشكلة (التواكل المكبوت): Suppressed Dependency أو مشكلة (زيادة الببسين) في الدم نتيجة إحباط هذه النزعة يعتبر فرداً لديه استعداد كامل للإصابة بالقرحة، ولكن لا بد أن تتوفر الضغوط الاجتماعية والنفسية Psycho-social Pressures المؤدية للتوتر القلق والخوف، والكراهية المكبوتة: Suppressed hatred وما يترتب على كبتها من قلق، وهكذا فإن عوامل تطور المرض تعتبر سيكولوجية - بيولوجية - نفسانية: Psychobiosocial .

هذا وقد أثبتت دراسات (متلمان وولف) التجريبية بأن حالات القلق بسبب (كبت الكراهية والغيرة): Suppressed jealousy + hatred تزيد حركة المعدة وإفرازها بصورة شديدة تعرض جدران المعدة للتقرح. ورغم

فشل العلاج الطبي في علاج القرحة فقد فشل العلاج الجراحي Surgery أيضاً لأنها مؤقتان وسرعان ما تعود القرحة من جديد، وعاد (العلاج النفسي) ليتناولها ويضمن شفاءها.

ب- قرحة القولون: Ulcerative Colitis

لو نظرنا من خلال ميكرسكوب شعاعي للأجزاء السفلى من القناة الهضمية داخل جسم طالب عند تسلّمه أسئلة الامتحان أو مسافر في رحلة طويلة مرهقة فإننا سنرى هذه الأجزاء تتحرك حركة غير عادية تعكس الخوف والتوتر: Unusual Movement وهذا برهان على أن القولون كالجزء العلوي للأمعاء الدقيقة يعتبر من أكثر أجزاء الجسم استجابة لأنواع (التوتر الانفعالي).

وقد أوضح العلماء بأن نزول الإفرازات المخاطية بالبراز واستمرار حالات الإمساك، كلها دلائل على تعرض القولون لحالة من الاضطراب السيكوسوماتي. فالقولون والمعدة والأمعاء الدقيقة عرضة للقرحة، وعرضة أيضاً للنزيف أو الثقب: Perforation الذي يمكن أن تتعرض إليه المعدة أيضاً.

ويتجه التحليل الفرويدي لقرحة القولون بالعودة لمراحل نمو الطفل الأولى. فهذا التحليل يعتبر حالات قرحة القولون هي من بقايا المرحلة الشرجية السادية. فالطفل في مرحلة التدريب على الإخراج يقاتل سيطرة والديه بالإسهال والإمساك تعبيراً عن ثورته ضد أسلوب أبويه في عملية تطبيعه الاجتماعي. هذه النزعات تنتهي شعورياً ولكنها تعيش معه في الداخل مكونة منه إنساناً ذو شخصية سادية استية تتسم باليأس والتشاؤم

والعداء الخفي: Hidden Aggression وتأتي الضغوط فتثير من داخله الصراعات ويعود بالنكوص إلى المرحلة الإستية حين يتعرض هذا الجزء من جسمه في حالات القلق للتوتر العضلي- النيورولوجي وينتج عن ذلك قرحة القولون.

جـ- السمنة المفرطة: Excessive obesity

تعتبر (السمنة) مرض العصر الحديث الذي شغل أذهان الأطباء والنفسانيين وليس غريباً في عصرنا بعد أن تفاقم خطر هذا المرض وثبت علميا أنه يؤدي لانسداد مفاجىء للشرايين وتصلبها؛ وهذا التصلب الشرياني يؤدي للسكتة القلبية: Heart attack الذي أصبح من أكبر معضلات القرن الحالي وأعلى مسببات الموت المفاجىء؛ لا غرابة إذن أن تتسابق في أمريكا ما يزيد على (٦٠٠) شركة من شركات التأمين على الحياة؛ لتوجيه أنظار الناس في نشراتها بنصح الناس بضرورة (تخفيف الوزن). ويشيع تخفيف الوزن (الرجيم) بين النساء أكثر من شيوعه بين الرجال؛ لميلهن الطبيعي للاحتفاظ برشاقة أجسامهن واستبعاد منظر الجسم المنتفخ القبيح المترهل؛ ويصل عدد النوادي التي تهتم في كمال الأجسام ورشاقتها في مدينة واحدة كنيويورك في عام ١٩٧٨ إلى (٤٥٠) نادياً يؤدي بها ما يزيد على ٨٠٠,٠٠٠ إنسان التمارين اليومية لمقاومة (السمنة) في أجسامهم.

يؤكد الدكتور (مايكل هالبرستام Michel Halberstam) أستاذ علم الأعصاب في جامعة ليفربول في إنكلترا بأن الانفعالات والعوامل النفسية Psychological factors تلعب دوراً بارزاً في تكوين معظم أمراض الجسم

بما في ذلك ضغط الدم، وأمراض العيون ودرجة الحرارة، وقرحة المعدة، وأمراض القلب وأيضاً مرض السمنة.

فالإنسان يصارع القلق بالطعام: ويضيف (د. هالبرستام) قائلاً قد نعجز في عياداتنا كأطباء في اكتشاف أي- سبب عضوي- لحالة السمنة التي يصاب بها المريض؛ وفي هذه الحالة لا بد لنا من الاعتراف بأن (القلق النفسي) يكمن وراء هذا المرض. وإن الأبحاث التجريبية أثبتت أن (٦٢٪ - ٦٥٪) من حالات السمنة ترجع إلى سبب نفساني بحت Pure Psychological Cause؛ ولعلنا نذكر دوماً بأن علم الجراحة والأعصاب وفيزيولوجيا الدماغ قد علمونا بأن (مركز الانفعال ومركز الشبع) يوجدان في الدماغ في (مكان واحد) هو «الهيبوثلاموس» ولذلك كان الانفعال الزائد والقلق: Anxiety and tense tension لا سيما المزمن عاملاً مؤثراً ومعطلاً لمركز الشبع بحيث يجعل الفرد تحت الضغط النفسي يفقد القدرة على إدراك حالة الشبع، وبالتالي لا يشعر الفرد عصبياً وفيزيولوجياً بحالة الشبع مهما تناول من كميات من الطعام، وبذلك يتناول أكثر مما يحتاجه من الطعام دون أن يشعر ودون أن يدري، ويكتشف فيما بعد ولا سيما السيدات أن وزنهن قد ازداد إلى الحد الذي يؤدي بهن إلى سمنة حقيقية؛ ومنظر قبيح يستدعي من الناس السخرية والابتعاد عنهن، ويؤثر على مظهرهن الخارجي وجمالهن ونظرتهن إلى أنفسهن تأثيراً سيئاً.

ولا بد من مزيد لتعليل الميكانيزم المرافق لهذا المرض. وقد أشار الطبيب (يوجين شاركوفسكي E. Sharkovski) أستاذ الطب النفسي في جامعة صوفيا؛ بأنه في حالات القلق والانفعال النفسي تضطرب معظم الوظائف التي تتمركز في (الهيبوثلاموس) كالنوم، والجنس، والجوع،

والشبع، والشعور باللذة، والشعور بالألم؛ وطبيعي أن يصاحب مرض السمنة حين يشتد؛ (الأرق) واضطراب نظام النوم عند المريض، أو زيادة النوم عن حدوده؛ وكذلك في الناحية الجنسية، شبقٌ وجموح ومغالاة؛ أو ضعف وإحجام وبرود جنسي غريب.

ويرى علماء التحليل النفسي أمثال (فرويد وإدلر ويونغ وسوليفان)، وغيرهم بأن ثمة (دوافع لا شعورية) تدفع الإنسان دفعاً لتناول كميات ضخمة من الطعام في حالات القلق والاكتئاب: Anxiety and depression ولكن الحالة قد تنقلب إلى العكس فيحصل لدى الفرد (فقدان شهية الطعام) وهذا مؤشر آخر على الاضطراب الفيزيو إنفعالي للفرد.

وترى (آنا فرويد) بأن العلاقة بين ازدياد الشهية للطعام في حالة الإصابة بالمرض النفسي والسمنة إنما تعود إلى عوامل مرتبطة بشخصية هؤلاء الأفراد وظروفهم - العائلية - وأسلوب تنشئتهم وتربيتهم، كما ترجع إلى نوعية الحالة النفسية ومسبباتها. فالإنسان يمر في مراحل نموه النفسي Stages of development بمرحلة تسمى «المرحلة الفمية» وهي تبدأ من لحظة ولادته إلى سن السنتين، وفي هذه المرحلة يدرك الطفل عالمه الخارجي من (خلال فمه)، الذي هو مصدر اللذة: Pleasure Center والحياة بالنسبة له؛ فالإرضاء الفمي هو رمز الحب والحنان والاهتمام الموجه إليه.

وطبيعي أن يؤدي الاهتمام الزائد: Extreme-Care أو الحرمان والإهمال الزائد: Extreme neglect؛ كلاهما يؤديان إلى - نتائج خطيرة - في هذه المرحلة، حيث يقال إنه قد حدثت عملية تثبيت عند المرحلة الفمية: Fixation فالرعاية الزائدة، والاهتمام الكبير، والتركيز على إرضاء الطفل بأي وسيلة من خلال الفم تخلق فيه الاعتمادية: Dependency

والأنانية: Selfishness، وارتباط الحب والاهتمام لديه باللذة الفمية، ويصبح الطعام لديه هو بديل الحب: The only alternative؛ أما الحرمان والإهمال الزائد فيشعر الطفل بالقلق والخوف من العالم الخارجي الذي يحرمه من اللذة ويخلق فيه عدم الثقة والاكتئاب Depression and lack of confidence ويسعى دائماً إلى «الإرضاء الفمي» ليعوضه عن الحب المفقود في مرحلة الطفولة.

من هنا نستنتج بأن الاهتمام الزائد، والإهمال الزائد يؤديان إلى نفس النتيجة في التثبت: Fixation عند المرحلة الفمية، وعندما يكبر الطفل يتعرض لحالة نكوص: Regression إلى المرحلة الفمية يصاحبها قلق وصراعات واكتئاب ولكي يواجه هذا القلق والصراعات والاكتئاب يلجأ إلى الطعام فيقبل عليه بنهم، ذلك أن القلق والاكتئاب يضعانه في حالة خوف وإحساس بعدم الأمان والحرمان وافتقاد الحب، ولذا فإن التعويض يتم عن طريق الفم لأن ذلك (حلٌّ لهذا الصراع) الذي يعيشه، وهو حالة- إرضاء مؤقت- لمطالبه العاطفية وتخفيف للقلق والخوف الناتج عن مشاعر الحرمان القديم، أو مشاعر الاتكالية والاعتمادية والتي ارتبط بها الحب بالطعام أي بالفم.

ويميل العلماء (ماكينزي وماستر وجونسون) وغيرهم لربط (السمنة) بالهيجان والبرود الجنسي والعواطف. فالحرمان العاطفي يبحث دوماً عن بديل تعويضي. والتفسير النفسي للاكتئاب هو افتقاد موضوع الحب سواءً كان عاطفة أمومة، أو عاطفة أبوّة أو عاطفة زواج. ولهذا فإن الإنسان يشعر بالعداء لهذا الموضوع حين لا يجد منه إشباعاً، ويتوجه عداؤه للعالم الخارجي. ولكن هذه العدوانية الصادرة منه تصيبه بالخوف والفزع لأنها

عدوانية مدمرة، ولهذا، فإن الإنسان يوجه هذه العدوانية تجاه ذاته Towards Him /herself فيسرف في الطعام حتى يصاب بالسمنة رغم خطرها لأنه يرى أن الإفراط في الطعام والسمنة هما عدوان موجهان ناحية الذات وهذا العقاب للنفس يمنح الفرد بعض الراحة على حساب نفسه: Self-Punishment ويربط (الدكتور عادل صادق) أستاذ الطب النفسي والأعصاب في كلية الطب بجامعة الكويت بين السمنة والاكتئاب فيقول: إنه لا شك في أن معظم الآراء النفسية تعتبر الاكتئاب دافعاً رئيسياً نحو الطعام والإسراف فيه؛ فالبدين الذي يدفن همومه وأحزانه (في الطعام) هو عرضة دائمة للتوترات النفسية. ولا بد لاستخدام مختلف وسائل العلاج النفسي معه وبجانبها مضادات الاكتئاب أما (الرجيم) فغالباً ما يؤدي إلى فشل دائم. ويضيف د. صادق بقوله:

« إن من الضروري أن نضع مرض السمنة في إطاره الفيزيونيورولوجي الذي يرى بأن حالة الاكتئاب أو القلق مصدرها هو اضطراب (سيكو- فيزيو- نيورولوجي) في- منطقة الهيبوثلاموس- في الدماغ، وهي تؤثر نفسها على مركز الشبع في الهيبوثلاموس فتخدره وتوقف عمله الشعوري بالشبع وهذا يقود الفرد تحت ضغط القلق للإفراط الشديد في تناول الطعام ».

وعلى المستوى النفسي المدرك؛ يصبح الطعام التعويض والبديل والسلوى الوحيدة؛ ومصدر الإرضاء الوحيد للإنسان ولهذا يقبل على الطعام بنهم. وفي كل الأسباب، سواء على المستوى الشعوري، أو اللاشعوري، أو الفيزيولوجي فإن الإنسان يشعر بعدم الأمان: Insecurity ، بافتقاد الحب والشعور بدفئه؛ وهذا يدفعه لا شعورياً وتلقائياً وميكانيكياً إلى الأكل وبالتالي إلى السمنة.

وقد حاول بعض علماء الشخصية المعاصرين وعلى رأسهم (جوردن آلبورت وابراهام ماسلو) ربط السمنة بالشخصية فوجدوا أن الشخص البدين يتمتع بشخصية تعرف باسم (الشخصية المزاجية الدورّية) وهي شخصية منفتحة على العالم، اجتماعية، تحب الناس، مرحة، ولكنها لا تطيق الحياة بمفردها، وتنجح في المجالات الاجتماعية ولكنها في الوقت ذاته تصاب بنوبة كآبة وحالة هبوط عام في الروح المعنوية، وميل شديد إلى العزلة والانطواء، ثم تعود ثانية للمرح والانطلاق فهي باختصار متقلبة مزاجية: Tempermental . ويوجز العلماء أسباب السمنة عموماً في (أربعة) مصادر هي:

مصادر السمنة:

١) القلق النفسي والتوتر والحرمان العاطفي والضغط والكآبة.

٢) احتمال خلل فيزيو- نيورولوجي في الدماغ تحت تأثير الضغط.

٣) قلّة الحركة والرياضة والمشي والتدريب؛ والاعتماد الزائد على الوسائل الحديثة التي تجمد حركة الجسم والعضلات.

٤) وفرة الأكل الدسم وفوضى التغذية والإسفاف بها دون معايير دقيقة.

وقد استبعد العلماء وجود أي سبب وراثي. ولكنهم أشاروا لارتباط السمنة (بالأم القلقة العصابية) التي تشعر أنها لم تؤد واجبها بالنسبة لطفلها لأنها لم تعطه كفايته من الطعام فتسارع لتغذيته دون نظام وبعد ذلك يتعلم الطفل (عادة الفوضى) ويسرع في طلب الطعام كلما استجد موقف فيه ضغوط وقلق؛ وقد تعتبر الأم بذلك عن حرمانها العاطفي من أبويها أو

زوجها فتحاول التعويض تعبر حبها لطفلها عن طريق إفساد نظام غذائه أو تغطية قصورها في إعطاء طفلها ما يستلزمه من عناية منظمة في الوقت المناسب.

ويعتبر مرض الشهية الزائدة «Bulimia» عرضاً لفعل قهري أكثر من كونه مجرد متعة للطعام. فالفرد يتناول جرعات الطعام كجرعات الخمر وهو في حالة شبه غيبوبة أو تبلد عقلي، وعند معظم هؤلاء الأفراد يرتبط الإفراط في الطعام بالصراعات الجنسية: Sexual conflicts، ففي أوقات الإحباط الجنسي: Sexual Frustration يرى الفرد (حلاً) في الرجوع النكوصي إلى المرحلة الفمية؛ ويستشف اللذة المفقودة من الطعام. وعلى العكس حالة (فقدان الشهية الهستري Amorexia Nervosa)؛ وهنا يكون الإعراض عن الطعام مرتبطاً بالقلق الناجم عن الصراعات الجنسية، وتتواتر هذه الاضطرابات كثيراً في مرحلة المراهقات عند الفتيات بشكل خاص. وقد تتبع فقدان الشهية حالة الشهية الزائدة وهذا ما يؤكد الجذور السيكوجنسية وراء هذه الاضطرابات التي تعتبر مجرد أعراض: Symptoms لصراعات عميقة.

٢ - أمراض الأوعية الدموية - الدورية والقلب:

القلب.. هذا العضو الحساس الذي يجسد في ضرباته شعور الإنسان العاطفي، يميز علاقاته الاجتماعية، ويدلل على نضارة الجسم وحيويته هو عضلة صغيرة لا إرادية، حركتها عنوان الحياة، وبالتالي فإن سكونها يعني فقداناً لكل شيء، وأي توقف في جريان الدورة الدموية بين القلب والدماغ وكافة أنحاء الجسم يمكن أن يعرض حياة الإنسان وبقاءه لخطر محقق.

يوصف القلب عادة بأنه عضو صنوبري الشكل مودع في الجهة اليسرى من الصدر وهو أهم أعضاء الحركة الدموية لا بل لب الجسم كله فهو مضخة عضلية أو مضختان تعملان عملين في آن واحد، نظراً لوجود دورتين دمويتين في الجسم (الدورةالصغرى والدورة الكبرى) وتتلخص الأولى في قيام القلب بضخ الدم إلى الرئتين حيث يتزود بالأوكسجين، ويتخلص في الوقت ذاته من ثاني أوكسيد الكربون، أما الثانية فيقوم بها القلب بضخ الدم إلى جميع أرجاء الجسم عبر الشرايين والأوعية الشعرية بمعدل خمسة ليترات أو أكثر في (الدقيقة الواحدة) وبهذه الطريقة تتزود الخلايا بالأوكسجين والمواد الغذائية التي يحملها الدم. وخلال ذلك تتخلص الخلايا من النفايات والفضلات وبالذات ثاني أوكسيد الكربون التي يحملها الدم في طريق عودته إلى القلب، لمعاودة الدورة ذاتها مراراً وتكراراً طوال بقاء الإنسان على قيد الحياة.

وقد ذكر العلماء (والتركوفيل، د. كوستيلو، تيموثي، فابيان روك) في كتابهم Abnormal Psychology بأن الاستجابات الوعائية القلبية تظهر على شكل أمراض تشمل القلب والأوعية الدموية والتي تلعب فيها العوامل السيكولوجية دوراً هاماً هي:

[عصاب القلب، والتوتر الزائد، والإغماء، والصداع].

أ- عصاب القلب: وهو اصطلاح يعبر عن أعراض مختصة بالقلب ولكنها سيكولوجية الأصل. والأعراض هي ارتعاش وخفقان القلب وقصر في التنفس وتشنج ولغط وألم. ولا بد من فحص طبي مسبق قبل تشخيص المرض على أنه اضطراب سيكوسوماتي لوجود أعراض مثيلة في أمراض القلب العضوية. وكذلك لا نستطيع تشخيص عصاب القلب قبل أن نتحقق

من وجود توتر وصراع انفعالي. وإن من الخبرات الأساسية التي تساعد على ظهور عصاب القلب هي:

(١) اهتمام الطبيب الزائد بقلب المريض.

(٢) فشل المريض في أن يجتاز فحصاً جسمياً.

(٣) حدوث مرض في القلب أو (وفاة فجائية) لأحد أصدقاء المريض أو لفرد من عائلته.

(٤) ظهور أعراض قلبية بسيطة على المريض بشكل فجائي وغير متوقع وربما (تكون وقتية)؛ كالأعراض التي تحدث نتيجة عوامل ثانوية كاستعمال المخدرات والإدمان على الخمور أو التدخين الشديد والإسراف في القهوة.

وهذه الأسباب السابقة لا تهيّئ الفرصة لعصاب القلب إلا عند الأشخاص الذين يعانون من (قلق) أساسي والمشغولين دائماً بوظائف أجسامهم. ولا يوجد شكل واحد لتوافق الشخصية في هذا الاضطراب. ولكن (الخوف) الدائم من الموت والكسب الثانوي الذي يحصل عليه المريض من جذب اهتمام البيئة عن طريق المرض يعتبران عاملين لهما دلالة هامة في كل الحالات تقريباً.

ب- التوتر الزائد: الغضب هو النـار التي تزيد حرارة التوتر في الأعصاب، والتوتر يولد ارتفاعاً فورياً في ضغط الدم Increase of blood Pressure، ويسمى ضغط الدم المرتفع المزمن دون وجود - أساس عضوي- بارتفاع (الضغط الأساسي). ويتسم في مراحله الأولى بوجود فترات وقتية وعرضية من ارتفاع الضغط، فإذا استمرت (المشكلة الانفعالية) للمريض (دون حل) فيستمر الضغط Pressure بمرور الوقت

عند مستوى عال. واستمرار هذا الضغط المرتفع يضع عبئاً ثقيلاً على (الأوعية الدموية) وقد يؤدي إلى بعض الكوارث مثل (نزيف في المخ Brain Bleeding)؛ أو (جهد زائد على القلب Over Pressure on the heart)؛ وكلاهما إشارة خضراء لقدوم الموت. وطالما أن ارتفاع الضغط الأساسي يؤدي إلى تغيرات عضوية مدمرة، فيجب أن نعتبره مشكلة سيكولوجية كما هو مشكلة طبية.

وإذا نظرنا إلى الديناميات القائمة وراء الارتفاع الأساسي للضغط فإننا نجد مظهر المريض الخارجي عادياً وودوداً؛ ولكنها تخفي وراءها (عدواناً عنيفاً وقلقاً حاداً) ويزداد قلق المريض بخوفه من نتائج التعبير عن عدوانه وعن صراعه المستمر. ويكشف لنا تاريخ حياة هؤلاء المرضى عن اعتمادهم على أمهات مسيطرات يفرضن حمايتهن وسلطتهن على أطفالهن مع استياء داخلي من هذه العلاقة وتمرد عليها.

جـ- الإغماء: يولّد (الخوف) الشديد انخفاضاً مفاجئاً في ضغط الدم Immediate Reduction ويجب التمييز بين الإغماء الذي يحدث كاستجابة سيكولوجية هيسترية؛ وبين الإغماء كاضطراب في أوعية القلب الدموية.

د- الصداع: هنالك عوامل سيكوإنفعالية عديدة تؤدي إلى الصداع، وقد تحدث أنواع من الصداع ناجمة عن التوتر Tension نتيجة تغيرات في أوعية القلب تؤدي إلى زيادة في (الضغط الداخلي Internal Pressure للجمجمة)، ونحن ننظر إليها باعتبارها أعراضاً ثانوية (للارتفاع الأساسي) في الضغط ويرتبط الصداع في أغلب الأحيان من وجهة النظر السيكودينامية؛ بالكراهية المكبوتة: Depressed hatred. وأما الصداع النصفي فله أساسه التكويني والسيكودينامي، وهو دائماً شديد ومصحوب

بالغثيان والقيء وباضطراب الرؤية البصرية؛ وقد لاحظ بعض الباحثين أن هذا النوع من الصداع يرتبط بحالات الهستريا والصرع.

ويؤكد الدكتور عبد الرحمن محمد عيسوي رئيس علم النفس في جامعة الاسكندرية في كتابه: دراسات في السلوك الإنساني(١٢)، بأن ضغط الدم مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالعوامل النفسية، فارتفاعه مرتبط بالحنق والغضب وانخفاضه مرتبط بالخوف والمخاوف.

وقد ثبت أن قلب الإنسان المعافى ينبض كل أسبوع (مليون نبضة) في سبيل تأدية الدورتين الدمويتين الحيويتين للجسم فإذا توقفت هذه النبضات دقائق معدودة فقط سبب توقفها تلفاً يستعصي إصلاحه في الخلايا التي تعتمد على الدم في حياتها.

ولقد أشار جراح القلب الدولي كريستيان برنارد: C. Bernard في كتابه: Heart attack is not the final end. وهو أول من قام بزراعة القلب البشري الذي قدر له الاستمرار ستة شهور. أشار بأن (الأنفار كتوس- النوبة القلبية) هي إحدى مشكلات العصر الحاضر المعقد؛ وتعتبر مشكلات الحضارة والحياة الاجتماعية من قلق ومخاوف وهياج عصبي واضطراب نفسي في مقدمة الأسباب المؤدية لها، ويؤكد بأن ٥٥٪ من وفيات العالم في عام ١٩٧٩ هي نتيجة لأمراض القلب الحديثة.

وقد عقد في نهاية العام الماضي ١٩٧٩ مؤتمر ضخم في باريس لأطباء أمراض القلب ضم ما يزيد على (٢٠٠٠) طبيب يمثلون (٩٦) دولة؛ وكان في مقدمة أهداف المؤتمر استقطاب أنظار الرأي العام العالمي حول ما سموه (الآفة الاجتماعية الكبرى) وقصدوا بها أمراض القلب والأوعية الدموية؛ حيث استفحل انتشارها وخاصة في المجتمعات التكنولوجية وقد

توصل جهابذة الطب إلى أن هذه الأمراض تعتبر من أشد أمراض العالم فتكاً بالإنسان وقد وصل ضحاياها من ٥٥-٦٠٪ من وفيات العالم. واستنتجوا بأن كل واحد من بين البشر معرض للسكتة القلبية أو (سداد القلب) حسب الاصطلاح العلمي. ومن أخطر ما أثبتوه بالإحصاء أن كل الفئات الاجتماعية من كل الأعمار باتت معرضة للإصابة (شباباً وكباراً) على حد سواء. وقد تبين أن عدد الضحايا بين سن ٣٥-٤٤ قد ازداد بنسبة ٦٠٪ في العقد المنصرم مع أن هذه الفئة كانت فيما مضى قلما تصاب بانسداد القلب، كذلك استفحل حالياً شر هذه الآفة لدى الفئة الاجتماعية الشابة من (٢٠-٣٠) سنة علماً أن الإصابات عند هذه الفئة كانت سابقاً قليلة أو نادرة.

وكان من أعلام المؤتمر الدكتور (لوينكر: Lowenker)، الذي كشف عن الجذور السيكولوجية للضغط وأمراض القلب بقوله:

« إن مدنيتنا الصناعية؛ ذات الصخب الدائم والقلق والانشغال بالهموم المعيشية قد خلقت أسوأ الظروف والأسباب التي يمكن لإصابات سداد القلب أن تنتشر وتنمو فيه. وإذا بقيت معيشتنا على حالتها الراهنة فإن كل واحد منا في المستقبل القريب سيكون معرضاً لمرض السكتة القلبية ».

أما الدكتور محمد أحمد غالي في كتابه: القلق وأمراض الجسم(١٣)، فيركز على (نوعين أساسيين) تتعرض فيهما للإصابة الأوعية الدورية الدموية والقلب وهما:

أ- ضغط الدم الجوهري (ارتفاع التوتر الشرياني الأساسي) Essential hypertention.

ب- لغــط القلــب الوظيفي (اضطراب النظم القلبيـة) Fuctional Dysrhythmias .

أ- ضغط الدم الجوهري: وهو ضغط- غير عضوي- بمعنى أنه يختلف عن ضغط الدم الكلوي: Renal Hyperten . وقد ثبت من دراسات عديدة أن المصابـين بضغـط الـدم الجوهري يعانون من (عـداء مكبوت: Suppressed aggression)؛ منذ أيام الطفولة ويعتبر مصدراً لقلق لا شعوري مستمر عنيد. ونظراً لأن هؤلاء الأفراد لا يمارسون أية حيلة لا شعورية للتخلص من هذا الضيق والمقت ونزعات العدوان المكبوت فإنهم يكبتون تلك النوازع دون أن يعبروا عنها تعبيراً صريحاً، ولذلك تظل الأوعية الدموية في حالة من التوتر المستمر وينجم عن ذلك (زيادة ضغط الدم) نتيجة- القلق العنيد-.

وقد أقام العالم (هامبلينغ Hambling 1952)؛ عدة دراسات لمصابين بضغط الدم الجوهري وقسم مراحله إلى ثلاث مراحل:

(١) مرحلة ما قبل الضغط الدموي الجوهري: Prehypertensive وبها يستجيب الأفراد للضغوط الاجتماعية والنفسية والآلام المختلفة (خاصة ألم البرد حين وضع اليد في الماء البارد لمدة دقيقة) بالانعطاف نحو ارتفاع الضغط بما لا يزيد عن ٩٥ م.م من الزئبق.

(٢) مرحلة الضغط المعتدل: Bengin Hypertensive وتتصف بضغط مؤقت قابل لأن يزول، وتحدث في حالات الضغوط والقلق الزائد، وتتصف بأن الضغط فيها يسير لفترة أطول ولكنه يزول وهو يميل للارتفاع عن ٩٥ م.م من الزئبق ويصاحبه تضخم بسيط في جدران الأوعية الدموية الدقيقة والشعرية.

(٣) مرحلة ضغط الدم الخبيث أو ما يعرف باسم Malignant Hypertetion ويكون فيها الضغط باستمرار أكثر من ١٣٠ م.م زئبق، وهذه الحالة من الضغط الشديد تسبب تلف الكليتين، وإصابة شبكية العين بشبه النزيف، كما تصيب أيضاً بعض الأجزاء الحساسة التي تغذيها أوعية دموية شعرية بحالة من تصلب الشرايين أو النزيف الدموي لعدم تحمل جدران هذه الأوعية للضغط الشديد. وقد اتضح أن استمرار حالة الانقباض في الأوعية الدموية Vasoconstriction في حالة ظهورها إنما هي عموماً نتيجة لحالة توتر انفعالي حاد وعنيد وعلى رأس المواقف الانفعالية الغضب. وتعتبر دراسات العالم (سول Saul)[١٤]، خير دليل على ارتباط ضغط الدم الجوهري بانفعالات نوعية؛ ففي دراسته المستفيضة لحالات سبع استنتج أن كل هذه الحالات تمثل نوعاً من الكراهية المستبدة مع محاولات فاشلة للثورة على هذا التسلط، مع وجود عوامل الاتكالية، والنقمة على سلطة الأبوين. وقد قام العالم (بينجر Binger وزملاؤه)[١٥]؛ بدراسات أوسع لحالات ضغط الدم والسمات الشخصية والانفعالية لأفرادها واستنتج ما يأتي:

(١) إن معظم أصحاب الضغط يعانون من الوجل في أنشطتهم الاجتماعية.

(٢) كانوا من النوع الذي يميل للشعور بعدم الارتياح ويركنون للاستسلام في حضور الآخرين والأوساط الاجتماعية.

كانوا من النوع المحدود أو المقيد في نشاطاته وعلاقاته الاجتماعية.

(٤) كان من أبرز طباعهم (أنهم متخوفون دائماً) كما كانوا يميلون للشعور بالعجز والضعف وانهيار الثقة بالنفس وعدم القدرة على حماية أنفسهم.

ومن هذه الاستنتاجات يمكننا أن نلمح الترابط والعلاقة الواضحة بين الحالات الانفعالية وضغط الدم والقلق والصراع ومشاعر الكراهية والخاوف. ويتساءل (بينجر Binger) عن مشكلة الصراع وحلوله؟ فالأفراد ليسوا قادرين على كبت أو حسم الكراهية والإتكالية؟ ولا هم قادرون عن التعبير الصريح عن نوازعهم؟ فهل الموقف الوسط المتمثل باللاحسم واللاكبت للنوازع العدوانية هو المظهر المميز للسلوك الانفعالي والذي يترتب عليه تلقائياً تطور وظهور ضغط الدم الجوهري؟

ب- **لغط القلب الوظيفي: Functional Dysrhythmias** يميل الكثير من الأفراد في- حالات الانفعال- لتركيز اهتمامهم على الخلل في ضربات القلب، أو اضطراب هذه الضربات، وحين يساورهم القلق فإنهم يراجعون نبضهم ظناً منهم أنهم يعانون متاعب من القلب وهذا الإجراء يحقق توتر القلق مؤقتاً ولكنه يميل أيضاً إلى تقوية العرض.

إن حالة الخلل والاضطراب في دقات القلب Skipped heart beat تسمى علمياً: Extrasystole أو اللغط؛ ويكثر هذا اللغط كثيراً في حالات الانفعالات القوية المفاجئة وفي حالات الاتصال الجنسي. وحين لا يهتم الناس بها تأتي مؤقتاً وتزول بسرعة. أما الأفراد الذين يعانون (قلقاً مزمناً) فهم الذين يزيدون من حالة اللغط ويحولونها إلى عرض مستمر عنيد مرضي نفسي حيث تزداد اهتماماتهم وقلقهم حوله. فاللغط استجابة انفعالية حشوية وتستمر بصورة مرضية مع استمرار حالة التوتر الانفعالي في حالة القلق الشديد. إن القلب من أهم الأعضاء التي تتأثر ضرباتها بالانفعال وخاصة عندما يزداد إفراز الأدرينالين وخاصة في حالات الغضب والخوف والقلق...

٣- أمراض الجهاز التنفسي: Respiratory Disorders

يشير العالم (سترينج: Strange) في كتابه: Abnormal Psychology بأن الاضطرابات التنفسية هي أمراض سيكوسوماتية وتتضمن: الربو الشعبي، والحمى الربيعية، والنزلات الشعبية والتهابات الجيوب، وحمى القش، والسل الرئوي، وكافة إصابات البرد المعتادة وسنتاول أبرز هذه الاضطرابات بنوع من التفصيل:

أ- الربو الشعبي: Bronchial Asthma

يعتبر التنفس أول عملية بيولوجية يمارسها الكائن الحي بعد الميلاد يأخذ فيها الأوكسجين ويطرح ثاني أوكسيد الكربون. وتعتبر أول مظهر من مظاهر (الانفصال) التي يمارسها الوليد بعد الوضع بعد اعتماده داخل بطن أمه على تغذيتها له وإمداده باحتياجه من الأوكسجين.

ومن التنظير الطبي يعتبر الربو واحداً من العديد من (أمراض الحساسية) Sensitivity illnesses التي يطورها وينميها ظروف معينة، وهو مرض يرجع إلى أن الجسم يمكن استثارته ببعض المثيرات العضوية المثيرة للحساسية: Allergens والتي لم يكن لها تأثير من قبل، ثم أصبحت ذات قوة مثيرة بحيث تثير في الجسم مادة (الهستامين: Histamine) والتي تسبب أشكال الحساسية المختلفة، وتستعمل في علاجها المضادات المختلفة الحديثة للهستامين: Antihistaminic والتي تلعب دوراً كبيراً في علاج الحالة ولا يتم أثرها إلا بإزالة (العوامل النفسية بالعلاج النفسي).

ولم يجد العلماء دليلاً على دور الوراثة أو العمليات الاستعدادية لمرض

الربو. ولكن الثابت أن (الاضطرابات الانفعالية) وعلى رأسها القلق العنيد المزمن و (الاعتماد المسرف على الأم) منذ الطفولة تلعب دوراً رئيسياً في إحداث الخلل في وظائف ورد فعل خلايا الجسم للمثيرات الهستامينية.

ولقد وجد أنه في كل حالة من حالات الربو يمكن تقليل الاستجابة المرضية (بإزالة الحالة الانفعالية) فقط دون الاهتمام بالحالة الفيزيقية الجسمية، كما وجد أن (العلاج النفسي) يفيد كثيراً في ازالة هذه الحالة مع استعمال بعض الأدوية المضادة للحساسية التي تؤدي إلى - حالة تعادل - للمادة المثيرة في خلايا الجسم وإنه لا يصلح العلاج بناحية دون أخرى كما أشار (سترينج Strange)[١٦].

تعريف الربو وحقيقته: هو مرض يهاجم جهاز التنفس ويتميز بأعراض يعانيها المريض، كضيق التنفس واللهث والسعال المستمر أو المتقطع، والإحساس بالحشرجة في الصدر والبلغم Gasping وهذه الأعراض مجتمعة، تعود لنقص في قطر الشعب الهوائية وهي التي يمر منها الهواء إلى الرئتين: هذا الضيق بدوره يرجع إلى تورم جدران الشعب، أو بسبب تقلص العضلات الشعبية القابضة Contrictor وكثيراً ما تصاحب إصابات الجهاز التنفسي أعراض شبيهة بأعراض الربو.

وقد قام العالم (ريز Rees) بدراسة أثبت بها أن ٨٠٪ من مرضى الربو أصيبوا سابقاً بواحد من أمراض الجهاز التنفسي وأن ٢٠٪ فقط لم يكن لديهم سوابق مرضية.

وطبيعي أن الفرد الذي يتعرض للقلق يتعرض لشكل من أشكال التوتر العضلي، ويأتي التوتر فيهاجم أضعف نقطة مقاومة في الجسم وتتم الإصابة في إثارة مادة الهستامين في الجسم تحت ضغط الزخم الانفعالي وهي

تعتبر بمثابة (باكتيريا الربو).

أما علماء التحليل النفسي، فيعيدون معضلة الربو إلى حرمان الفرد من الأم، وعنايتها الزائدة به على حساب استقلال شخصيته أو إهماله والقسوة عليه، وموجات القلق والرعب والإحباط الذي كان وما زال يعانيه. وإن السعال وحشرجة الصدر لا تعدو أن تكون رمزاً Symbol للخيبة والبكاء وطلباً للأم Demands for a mother ويتضف الفرد المصاب بالربو بالتردد والتذبذب الانفعالي، وحالات المزاج المتقلب السريع التغيُّر: Ambivalence فهو تارة متفائل وأخرى متشائم، وطوراً شديد الثقة بنفسه والآخرين، وطوراً منهار الثقة بنفسه وشديد الشك بالآخرين وهذا يعكس في التحليل النفسي صراع رغبته في ألتواكل والاعتماد على الأم، والرغبة في الاستقلال عنها وفي هذه الحالة المترددة تظهر أعراض الربو الشعبي. والفرد يكره المسؤولية ويريد من الآخرين أن يؤدوا له أعماله ويتوقع منهم الكثير تعبيراً عن اتكاليته واعتماده الطفلي على الأم، فهو يظل يرى في كل شخص حوله (شكل الأم) يطمع في اهتمامها، أو يريد الانتقام حين لا يصل لذلك الاهتمام.

وقد يكون سبب تعلّق المريض بأمّه حرمانه من عطفها لقسوتها عليه، لأن الأب كان قاسياً جداً مع الأم. أو لأن الأم فرَّغت حاجتها العاطفية للحب مع ابنها المريض بشكل غير متوازن وفي كلتا الحالتين أصيب الابن بالربو الشعبي. ويمكن ملاحظة التواكل والاعتماد على الآخرين في حلول مشكلاته وقضاء أعماله في جميع أنماط سلوكه. ويبدو المريض بالربو صلب الرأس، شديد التمسك برأيه ولا يمكنه رؤية وجهات النظر للناس من حوله. ويحب المناقشة العدوانية لأنها تفسح له المجال لإبراز نفسه.

وقـد كشفـت دراسات العالمـين (فرنش، والكسنـدر)[١٧]: French + Alexander عن العلاقة بين الطفل المصاب بالربو وبين الوالدين وأسلوبها الخاطىء في تنشئة الطفل. وقد كانت أبرز استنتاجات هذين العالمين كما يأتي:

(١) إن معظم مرضى الربو عاشوا محرومين من الحب الأبوي وغالباً ما افتقدوا أمهاتهم منذ الطفولة بوفاة أو طلاق أو حوادث مؤلمة.

(٢) معظم أمهات مرضى الربو كنَّ شديدات القسوة لشعور الطفل بالأمن ويبدين له العداء والغضب والتهديد والنبذ والقلق والتسلط. وقد تعكس الأم من خلال قسوتها على ابنها ظروفها ومشاكلها القديمة.

(٣) آباء المرضى بالربو معظمهم كانوا خانعين مستسلمين لسطوة الأم، أو يلعبون دور الزوج الفاشل ولا يظهرون مشاعر التعاطف على الطفل المريض إلا بعد وقوعه فريسة للمرض.

(٤) يتصف المرضى بالربو أحياناً بالغيرة الشديدة ورد الفعل العنيف. ويؤكد العالم (كمرون Cameron)، في كتابه[١٨]. The Psychology of Behavior Disorders بأن مرض الربو مرض ناشيء عن البيئة النفسية للفرد والبيئة الاجتماعية والبيولوجية. وإن العالم المليء بالعدوان عليه سيدفعه دفعاً إلى الإصابة بالمرض وبذلك يكون الربو الشعبي جزءاً من (التوتر العضلي) الذي ينتشر في كل أجزاء الجسم مع حالة القلق العنيد الذي يتعلم استجابته.

حالة ربو توضيحية من العيادة الاكلينيكية[١٩]:

«ل.ب: حالة من حالات الربو شفيت منه بعد العلاج بالتحليل؛ ولقد

عرف من دراسة تاريخ الحالة أنها أصيبت بالربو من سن- الثانية- ومنذ ذلك التاريخ سارت على نظام تغذية دقيق. كما أصيبت بأشكال أخرى من الحساسية كما كان هذا حال أمها قبلها أيضاً. لقد كان أهم وسائل تأديبها هي (تهديد أمها لها بأنها لن تحبها ولن تجعلها ابنتها- قلق الحرمان والنبذ- وقد استسلمت الفتاة في طفولتها ومراهقتها لأمها، وكانت مطيعة وهادئة كما كانت متواكلة : Dependent على الأم تماماً ».

« وعندما دخلت الجامعة شفيت من الربو تماماً، ولم يعاودها الربو إلا عندما تزورها أمها. ولقد فشلت في اختيار مهنة أو تخصص تربوي ولذلك انسحبت من الجامعة وتزوّجت. ولم تكن موفقة في حياتها الزوجية بسبب عدم التوافق الجنسي الزواجي إذ كانت تشكو (البرود الجنسي) في علاقاتها الزواجية ولكنها ما أسرع أن حملت وفي أثناء الحمل اختفت أعراض الربو تماماً. وبعد الولادة عاودتها حالة الربو، خصوصاً عندما أخذت علاقاتها الزواجية تتدهور، ولكنها كانت تحتقر العلاج النفسي. وأخيراً وأمام ضغط ما تعانيه من برود العلاقات العاطفية الزواجية وآلام كبيرة مبرحة لجأت إلى (العلاج النفسي)، وفي أثناء العلاج زالت حالة الربو، مع غيرها من مشكلات التوافق الزواجي. ولما تبين لها عن (طريق الاستبصار) بالعلاج أن الربو يرجع إلى طبيعة علاقتها بالأم والتي كانت تقوم على الرعاية الزائدة: Overprotection وأيضاً على التهديد: Threatening بسحب الحب والعطف مما نمى فيها (قلق الحرمان وقلق النبذ) الذي ظهر في صورة أعراض الربو كرد فعل فيزيولوجي شديد، ولقد تخلصت الحالة من الربو تماماً خلال شهرين بعد أن عجز نفس الأطباء عن علاجه لمدة تسعة شهور بكافة الأدوية وأصبحت السيدة عادية؛ شديدة المراس قوية الشكيمة، وقادرة على تحمل مسؤوليات الحياة ».

ب- حمى القش Hay Fever

وهي أحد أنواع الحمى وتظهر على شكل زكام شديد يكون أحياناً موسمياً، ويصاحبه دائماً حالات من ضيق التنفس وانسداد الأنف مع مخاط مستمر. وتلعب (الحالة النفسية) دوراً كبيراً في تطور العرض السيكوسوماتي. وطبيعي لإنسان في حالة انفعال شديد كالحزن أو البكاء بأن يلعب (الأنف) لديه دوراً كبيراً في الاستجابة الانفعالية. وقد اكتشف أحد علماء التحليل النفسي علاقة كبيرة بين حمى القش والصراع الجنسي وبالذات حالات الكبت الجنسي والبرود الجنسي.

جـ- السل الرئوي: Pulmonary Tuberculosis

يصاب الناس بالذهول حين يعرفون أن السل الرئوي يعتبر من مجموعة الأمراض السيكوسوماتية. إن النظرة الطبية القديمة تقول بأن السل الرئوي ينتقل بواسطة جرثومة السل المعروفة: Tubercle Haillus والغريب أن هذه الجرثومة تنتشر في كل مكان حولنا ومع هذا يصاب بها أفراد ولا يصاب بها آخرون. وتزول غرابة ذلك حين نعلم أن (العوامل الانفعالية والنفسية وضغوطها) تتضافر مع العوامل الاستعدادية فتؤدي للإصابة وظهور الأعراض.

إن المنافسة في الحب والقلق في الفشل فيه، وصراعات الجنس، وروح العداء والعدوان المرتبط بالطفولة يقودون إلى مرض السل الرئوي.

وهنالك تفسير يرى أن (الضغوط النفسية) تولد تغيّراً في إفراز هرمون الأدريناكورتيزون[٢٠]، وهذا التغير يضعف مقاومة الفرد في حالة هجوم

جرثومة السل ويصاب بالمرض الرئوي ويحصل نفس الحال في- حالة التدخين الشديد- كمتنفس للضغوط النفسية.

وقد قام العالم (برج Berg) بدراسات استغرقت ثلاثة سنين لبيان العلاقة بين السل الرئوي والحالات النفسية وخصائص الأفراد المصابين بالسل الرئوي واستنتج ما يأتي:

(١) المجموعة المصابة بالسل الرئوي يعادي أفرادها بقية المرضى ويتصفون بالغيرة الشديدة وكلاهما مشكلتان نفسانيتان.

(٢) البصق، والسعال عند أفراد هذه الفئة دليل على التثبت بالمرحلة الفمية الطفلية وهما رمزان لها.

(٣) أفراد هذه الفئة يعانون اضطرابات سلوكية لانعدام السند والتدعيم مع مشاكل التواكل العنيفة وقلق مرتبط بالتعلق بالوالدين والأم خاصة.

(٤) المرضى من هذه الفئة لم ينجحوا في حسم الصراع بين الاعتماد والتواكل على الآخرين والنضج الذاتي والاستقلال.

(٥) يرافق معظم الحالات صراع جنسي عنيف.

إصابات البرد المعتادة: Commoncold

يعتبر كثير من العلماء أن التهابات الجيوب الأنفية وحساسيتها، والنزلات الشعبية وبشكل خاص حالات الزكام هي إصابات سيكوسوماتية.

إن الطب يعلمنا وجود أنواع من (الفيروسات) التي تؤدي للإصابة

بالزكام والبرد. ولكن لماذا يصاب بها بعض الأفراد بسهولة وسرعة، ولا يُصاب بها آخرون؟ إن الإجابة تتجاوز (المناعة العضوية)؛ فقد دلت الأبحاث والحالات الإكلينيكية بأن (الحالة الانفعالية) للفرد تتأثر وتؤثر في اصابات الزكام والنزلات الشعبية. وقد تمكن (العلاج النفسي) من تحقيق الشفاء للمصابين بها بعدما أصبحوا أقدر على معالجة مشكلات القلق التي يعانون منها. ويؤكد العالم (بول Paul) في دراسة أجراها العلاقة بين (كبت الغضب Suppressed Anger)، وما يرافقه من كبت عدواني مضاد وإصابات الزكام. ومع ذلك فإن دراسة هذا العالم لم تستبعد وجود عوامل بكتريولوجية- جرثومية.

٤ - الاضطرابات الجلدية: Dermatological Disorders

إن حساسية الجلد وتوتراته كرد فعل (للانفعال) يعتبر شيئاً معروفاً وشائعاً وقد ابتكرت آلات لقياسه بطريقة علمية: Skin tension Machine فالوجه يحمر في حالة انفعال الخجل، ويبدو عليه اللون القرمزي في حالات الغضب والحنق، كما أنه يبدو أصفر في حالة الخوف. ويعتبر الجلد لذلك (كشاشة سينمائية) تعكس المشاعر؛ ووسيلة للتعبير الانفعالي لأنه واضح وظاهر للعيان، ويبدو القلق واضحاً عليه ويساعد على التفاهم ونقل معنى الانفعال عن طريقه.

ويرى أصحاب التحليل النفسي وجود علاقة بين الاضطرابات الجلدية والصراعات (الماسوتشية) التي يوجه الفرد بها العقاب لنفسه لسبب أو لآخر: Self-Punishment ويبدو ذلك في حالات الحكك الجلدي حتى يدمى، وهناك من يفسر الحكك الجلدي كمصدر للاستثارة الجنسية وقد يحل محل

الاستمناء الذاتي. والثابت إكلينيكياً أن الطفح الجلدي والبثور و(السنط) الشائع الظهور على الجلد: Warts تعتبر أعراضاً سيكوسوماتية وتم للأطباء النفسانيين إزالتها بدون استعمال أدوية باستعمال أسلوب (الإيحاء) وفي كثير من الحالات لم تنجح الأدوية في ازالتها. ومن أبرز الاضطرابات الجلدية:

الأرتكاريا Urticaria، وحب الشباب Acne Vulgaris وسقوط الشعر: Hair Failing والأكزيما، وجدري الماء، والحكة، والالتهابات الجلدية العصبية وغيرها.

وقد كشف الأخصائيون الإكلينيكيون عن حالات عديدة تتضح فيها الدلالة السيكوديناميه وراء الاضطرابات الجلدية، والعوامل الكامنة التي تكشف ميولاً عدوانية شديدة نابعة عن رغبات لا شعورية في التطلّع والارتباط مع مشاعر الذنب والخجل: Shame + guilt feeling وقد يؤدي الشعور بالذنب والخطيئة إلى (تشويه الذات) في صورة طفح جلدي. وبينما يعتبر الجلد غطاءً خارجياً لعضلات وعظام ودم الجسم فهو في الواقع عضو حسّي يستجيب باستمرار لتأثير الاحتكاك والضغط والحرارة. وبالتالي: فهو يشكل حائطاً بين الذات الداخلية وبين العالم الخارجي، وعلى أساس هذا الدور، نجده عرضة لظهور الأعراض التي تعبر عن الشعور بانعدام الأمن Insecurity، وبالعجز Inability والكراهية: Hatred والذي يهمنا الحديث بإيجاز عن أبرز الاضطرابات الجلدية:

أ- الأرتكاريا: Urticaria

وهي حالة طفح جلدي Hives كاستجابة حساسية لنوع معين من

مثيرات الحساسية. وقد برهنت الدراسات الإكلينيكية أن (العوامل النفسية) تهيِّىء الفرد لسرعة التأثر بالمثيرات الحساسية التي تزيد إفراز (الهستامين) بالجسم.

وفي مقدمة العلماء الذين درسوا العلاقة بين (الانفعالات) النفسية والأرتكاريا هما العالمان (سول وبرنشتاين)[٢١] Soul + Bernstein وتتلخص نتائج دراستهما بالآتي:

(١) في أغلب الأحيان يكون الظهور المفاجىء للطفح الجلدي نتيجة الإحباط والتوتر والفشل في الحب أو الزواج وما يترتب عليه من قلق وصراعات.

(٢) كثيراً ما تظهر أعراض الأرتكاريا على الكثيرين من أفراد الأسرة الواحدة فالمشكلات العائلية لها تأثيرها على الإصابة.

(٣) معظم الأفراد المصابين كانوا ممن حرموا من حب الأم والتصقوا بالأب التصاقاً شديداً وكان سلوك الأب من النوع: (الماسوتشي- الخضوعي).

(٤) كان لدى الأفراد المصابين نزعات مكبوتة للاشتغال بأعمال يشبعون فيها نوازعهم (العرائية) كالعمل (موديلات) أو في مجال الرقص أو (عارضات أزياء) صيفية. ولكنها ميول كبتت ولم تتم لها فرصة التعبير فظلت حبيسة النفس تثير القلق ثم ظهرت على شكل أعراض ارتكاريا.

(٥) إن أنواع الطفح الجلدي هي مجرد منافذ ومخارج: Outlets يعبر من خلالها المرضى عن قلقهم وانفعالاتهم، وعن صراعات الطفولة المكبوتة ليتخلّصوا من قلق خطير.

ب- حب الشباب: **Acne Vulgaris**

وتسمى (بثور المراهقة) وتظهر غالباً في أعقاب البلوغ: **Puberty** وهي شكل من أشكال القلق اللاشعوري وتعكس حالة عدم نضج انفعالي كاف، ويميل فيها المراهق للانطواء ويعالج مشكلاته النفسية بكبت الانفعال وحبس الرغبات وسرعان ما يظهر هذا الصراع الداخلي على شكل حبوب وبثور جلدية. وهم يعانون صراعات ثورية لا شعورية وبالذات ضد الوالدين والسلطة والتقاليد. وتزداد لديهم إفرازات الغدد التناسلية كما يفرطون في عملية الاستمناء الذاتي (العادة السرية).

ويعتبر- سقوط الشعر- المسمّى بجنون الشعر Tricho Lomonia لا سيما عند البنات انعكاساً لحالات الحرمان أو اليتم أو الفشل في الحب.

٥- أمراض سيكوسوماتية معاصرة وجديدة

يزداد التوتر النفسي عند معظم الناس في العصر الذري الذي نعيش فيه؛ ولكي نعطي القارىء صورة شاملة للأمراض السيكوسوماتية بالإضافة لما تم عرضه سابقاً؛ فإننا نود الحديث عن الأمراض السبعة المعاصرة التالية:

١) السرطان.

٢) سكر الدم- السكّري..

٣) التهاب المفاصل الروماتيزمي.

٤) نزيف الأذن الوسطى.

٥) الصداع النصفي.

٦) الاستجابات العضلية الهيكلية.

٧) الاستجابات التناسلية، واستجابات الغدد الصماء والحواس وغيرها.

١ - السرطان: **Cancer**

يعتبر السرطان مرض القرن العشرين الذي يهاجم أي جزء من أجزاء الجسم ويشكل به انتفاخاً وتورماً وتكاثراً مرعباً في الخلايا، والذي يزيد مخاوف الناس منه هو فشل الأطباء الذريع في معرفة أسبابه العضوية؛ رغم نجاح جزئي في إيقاف خطره المميت جراحياً وكهربائياً. ولم تعد نظرية الخلايا الجنينية الموروثة وما يقابلها من نظريات كافية في تفسير تطور المرض وعدواه واقتحام (الفيروس) لخلايا الجسم الإنساني وتكاثره فيها بالبلايين. ولم يعد أيضاً العلاج الكيميائي أو الجراحي أو الكهربائي حاسماً، ولكن العلماء لجأوا لاستعمال (الإشعاع النووي) الذي بدأ يعطي بعض الثمار لحصر المرض دون معرفة أسبابه. ومن سنوات عديدة وضع الأطباء مادة (الكورتيزون) التي كانت تساعدهم في القضاء على الخلايا المصابة، وضعوا هذه المادة وراء ظهورهم لأنها قاتلة لكريات الدم البيضاء المصابة وغير المصابة والتفتوا إلى (الأشعة النووية).

وعقد أخصائيون في مرض السرطان مؤتمراً هاماً في ألمانيا الغربية في أواخر عام ١٩٧٩ حضره ما يزيد على (٥٣) طبيباً وعالماً، وقدّم فيه حوالي (٢٠٠) بحث حول السرطان، ولم يستطع بحث واحد أن يتعرض بالتحديد للأسباب وكان معظمها موجهاً نحو العلاج والمقاومة. وكان أبرزها وأحدثها (الأنترفيزون).

ويعتبر العالم (سيمونز: Simmons)[٢٢] في مقدمة العلماء الذين حاولوا

إبراز الجوانب النفسية لمرض السرطان بالنقاط التالية:

(١) يكون هناك من الصدمات النفسية: Severe Psychic Trauma ما يعجل بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأولي للمرض.

(٢) إن الاضطرابات في الوظائف الغددية تثيرها وتطلقها (الضغوط الانفعالية) وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيد.

(٣) إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة وعلاج الغدد بالاضافة إلى (العلاج النفسي) والخدمة الاجتماعية.

وقد أثبتت ذلك دراسات معاصرة على عيّنات عديدة مصابة بالسرطان وتمكن المحللون النفسانيون ملاحظة التالي:

(١) معظم النساء المصابات بالسرطان كنَّ يعانين صعوبة في تقبلهن لذاتهن كما هي على علاتها: Crisis in self acceptance

(٢) معظم المصابات بالسرطان كنَّ يعانين من مشاعر سلبية نحو الحمل والولادة وغالباً ما يكون موضع الإصابة (الثدي).

(٣) معظم المصابين والمصابات يعانون غيرة دفينة من الأمهات في مجال الجنس والإنجاب. وفي أغلب الحالات كانت عداوتهم مكبوتة.

٢ - سكر الدم (السكّري): Blood sugar

تؤكد معظم التقارير الطبية والعيادية[٢٣] بأن الدول التكنولوجية التي تتصف بالتنافس والعمل الشاق والقلق والضغط المادي تواجه أعلى نسب

المرض في سكر الدم والسكر البولي. والذي سيجعلنا ندرك (الجذور النفسية) في هذا المرض، هو التفحص الدقيق لعملية التوازن البايوكيميائي (الهيموستازي) داخل البيئة الجسمية Homeostasis.

إن كل ما يجب أن يتوفر للخلايا الجسمية هو أن يتحقق نوع من التعادل Equilibrium بينها وبين البيئة الخارجية، فالخلايا الحمراء مثلاً تفقد الأوكسجين عندما تشترك في الجسم بعملية أكسدة الكربوهيدرات. ولذلك نجد أغلب الخلايا تتعرّض لاختلال تعادلها، وبذلك تسعى البيئة الداخلية للفرد لاستعادة التعادل وجعله على (أقل درجة ممكنة من عدم التوازن) أو الاختلال. كذلك توجد هناك عوامل وعناصر كيماوية عديدة تسهم في هذا الاتزان والتعادل؛ وتعتبر (الهرمونات) من أهمها؛.ولنذكر على سبيل المثال (هرمون الآنسولين) الذي تفرزه غدّة (ج.ل. هانس) في البانكرياس ليساعد على عملية التوازن السكري في الدم. كما أن هنالك أجهزة كبيرة تلعب دوراً هاماً لتحقيق هذا الإتزان المتعادل ومنها:

(١) الدورة الدموية التي توازن توزيع الدم على الخلايا والأنسجة المختلفة.

(٢) الرئتان اللتان تخرجان ثاني أوكسيد الكربون وتمتصان الأوكسجين من الهواء.

(٣) الكليتان بما تفرزانه من فضلات عملية الأيض (خلق الخلايا وتفتتها) وخاصة فضلات البروتين المتكسر.

(٤) القناة الهضمية التي عن طريقها يستورد الجسم العناصر الهامة والضرورية.

(٥) الجهاز العصبي المركزي الذي يلعب دوراً مباشراً أو غير مباشر في

عملية الاتزان الجسمي وعن طريق الآليات المساعدة في تحقيق هذا الاتزان[٢٤].

وطبيعي أن يتأثر (سلوك الإنسان) إلى حد كبير بدرجة التوازن في هذه الوظائف جميعاً، لأن أي اختلال في أي منها يعتبر- تنبيهاً بالخطر- Sign of danger قد يثير الجهاز العصبي اللاإرادي عن طريق مراكز القسم الباراسمبثاوي في الهيبوثلاموس وبذلك قد يخلق حالة من- التوتر والضيق والقلق- كما أن اضطراب وظيفة الجهاز العصبي بالتالي قد تخل بهذه العملية التوازنية، وتزيد من حدّة الشعور بالآلام الجسمية التي قد تفوق قدرة الفرد على تحمل الإحباط Frustration tolerence وتكون النتيجة تعميق الإحساس بالقلق. ولعل من أفضل الأمثلة على دور اضطراب (الاتزان العضوي في القلق) وأثره المتبادل في خلق حالة القلق الخلل في مستوى السكر بالدم. لدم.

القلق ومستوى السكر بالدم Blood sugar level

في معظم الحيوانات الثديية، يظل مستوى تركيز السكر بالدم (الكلوكوز) بين (٦٠ - ٩٠) مغم في كل ١٠٠ سم³ من الدم جميعه. وانخفاض مستوى السكر بالدم: Hypoglycemia إلى ما دون المستوى الأدنى يحرم خلايا الجسم من حاجتها من الكربوهيدرات، لأن معدل دخول الكلوكوز بالخلايا يتوقف على مقدار تركزه في الدم. ويلاحظ بأن (الجهاز العصبي: Nervous system) يعتمد اعتماداً كلياً على الإمداد المستمر من الكلوكوز، وذلك لأنه لا يستطيع أن يختزن أكثر من نسبة ضئيلة من الكربوهيدرات، ولا يستطيع أن يستفيد من عناصر أخرى في وظيفته الأيضية. ولهذا فإن

الشديات التي تعاني نقص الكلوكوز تتعرض لحالة (إغماء) قد تؤدي بها، ما لم تسعف لحاجتها من المواد السكرية ويمكن أن نتصور هنا ما ذهبنا إليه من تأثير مرض السكر على الفرد وسلوكه وإحساسه بالضيق والتوتر وما يتعرض له أحياناً من إغماء أهو هلوسات بصرية أحياناً بسبب (نقص السكر) في جهازه العصبي.

أما الحالة العكسية وهي حالة (ارتفاع السكر) في الدم: Hyerglycemia وفيها تزيد نسبة السكر عن التركيز العادي فيكون تأثيرها أقل خطراً على الجهاز العصبي ووظائف الخلايا عامة. ولكن حين يزداد السكر عن المعتاد بشكل واضح يخرب التوازن في عملية الأيض وحين يصل سكر الدم إلى ١٦٠ مغم فإن السكر الزائد يفرز مع البول ويظهر في شكل (سكر بولي) وهو في حد ذاته مرض. وتذهب معه كميات كبيرة من الماء وغيرها من التكوينات العضوية وغير العضوية التي تدخل في تكوين (بلازما الدم) الضرورية والأساسية للحياة. ولذلك فإذا طالت مدة ارتفاع السكر في الدم ظهرت أعراض مرض السكر Diabetes[٢٥].

ويشير العالم (ولسن Wilson) في كتابه الشهير: الطب السيكوسوماتي: Psychosomatic Medicine إلى عدة استنتاجات من دراسة يربط بها بين ضغط الدم والعوامل المؤدية لارتفاعه أو انخفاضه ودور السكر في ذلك.

(١) إن السكر، والأملاح، والصدمات، والغضب ترفع الضغط.

(٢) إن المخاوف، والأحزان، والهموم تخفض الضغط.

(٣) إن قلة الصوديوم في الدم وكبر السن والشيخوخة وقلة الحركة والاستسلام للخمول والكسل تخفض الضغط.

(٤) إن مقدار الدم في جسم الرجل هو ٥,٥ ليتراً وعند المرأة هو ٣,٢٥ ليتراً وإن ٦٠٪ من وزن الجسم كله هو من الماء، وإن ٨٠٪ من تركيب الدم هو (ماء) + كليكوز + هيموغلوبين وحديد + كربون + نيتروجين + هيدروجين وهكذا[٢٦]..

علاقة وظيفة الكبد في مرض السكر: يعتبر نشاط الكبد عاملاً أساسياً في الحفاظ على مستوى السكر في الدم على درجة صحيحة. ففي المقام الأول يستطيع الكبد اختزان كميات كبيرة من الكربوهيدرات في شكل (جليكوجين). وثانياً للكبد تحت تأثير الاستثارة الملائمة أن تقوم بأحد أمرين:

١ - إما أن تقوم بتحويل الجليكوجين وتفرزه في الدم على شكل جلوكوز.

٢ - أو أن تقوم بإزالة الجلوكوز من الدم واختزانه في شكل جليكوجين.

ويتوقف إبراز الكبد للكلوكوز أو تحويلها لكلوكوز الدم إلى جليكوجين على مستوى السكر في الدم. إلا أن الكبد لا يفرز الكلوكوز إلا إذا استثير بأمرين معاً:

١ - نقص السكر في الدم، ٢ - إفراز هرمون الادرانالين عندالانفعال. والكبد لا يمكنه اختزان الجليكوجين من الدم إلا عند توفر أمرين معاً وهما:

١ - ارتفاع مستوى السكر في الدم.

٢ - إفراز الآنسولين من جزء لآخر هام[٢٧].

وهكذا يتبين أن تأثير كل من (الأدرانالين والآنسولين) على مستوى

سكر الدم في الجسم تأثير متعارض. الأول يمثل الانفعال والثاني يحاول إعادة التوازن بتعويض النقص. فعند ازدياد إفرازات الأدرانالين (كمؤشر للانفعالات والقلق الشديد) فإن ذلك يولد إجهاداً وضغطاً على الكبد لإفراز مزيد من الكلوكوز فوق الحد الطبيعي وهذا يقود إلى إرهاق وإجهاد البانكرياس لإفراز مزيد من الآنسولين للإمداد بالنقص المطلوب كإجراء استجابي. هذا الميكانيزم يجهد الكبد ويرهقه ويتطلب منه مزيداً من الجهود (لامتصاص السكر الزائد) عن حاجة الجسم والذي لم يستنفد في جهد ولم يستغل في طاقة لقتال أو هروب أو دفاع. ولو استمر الحال طويلاً فإن (اختلال) توازن السكر في الدم سيكون النتيجة الحتمية. وهنا نلاحظ كيف كانت (الانفعالات النفسية غضباً أو خوفاً أو قلقاً) تسير خطوة خطوة (في منحنيات) هذا الميكانيزم لإحداث الاختلال في توازن السكر في الدم وفتح الباب للإصابة بمرض السكر Diabetes الذي يعاني منه الملايين حول العالم.

الاضطرابات النفسية واستعمال الكربوهيدرات:

يشير العالم (الكسندر Alxander 1950) في كتابه المعروف[٢٨] Psychosomatic Medicine + its Principles + Application بأن (مستوى السكر) يتوقف على عاملين أساسيين:

١ - درجة امتصاص الأمعاء الدقيقة للكربوهيدرات.

٢ - معدل امتصاص الأنسجة واستعمالها للكربوهيدرات.

ويزداد هذا الامتصاص بشكل واضح كلما توفر إفراز هرمونات قشرة الأدرنالين، والغدة الدرقية ويقل مع نقص إفرازات هذه الهرمونات.

وثابت بأن إفرازات هذه الهرمونات تشتد وتزداد في حالات (القلق والانفعالات والتوتر)؛ وخاصة هرمون قشرة الأدرينالين الذي يتأثر بالهرمون من الفص الأمامي في الغدة النخامية، والمعروف باسم: A.C.T.H. الذي يفرزه بكثرة مع نشاط الهيبوثلاموس عند الانفعال.

وهكذا يبدو وكأن (القلق) مسؤول إلى حد كبير وبشكل غير مباشر عن زيادة كمية الكربوهيدرات في الجسم بسبب الزيادة في الامتصاص، وبالتالي عما قد يسببه ذلك من احتمال التعرض لمرض السكر.

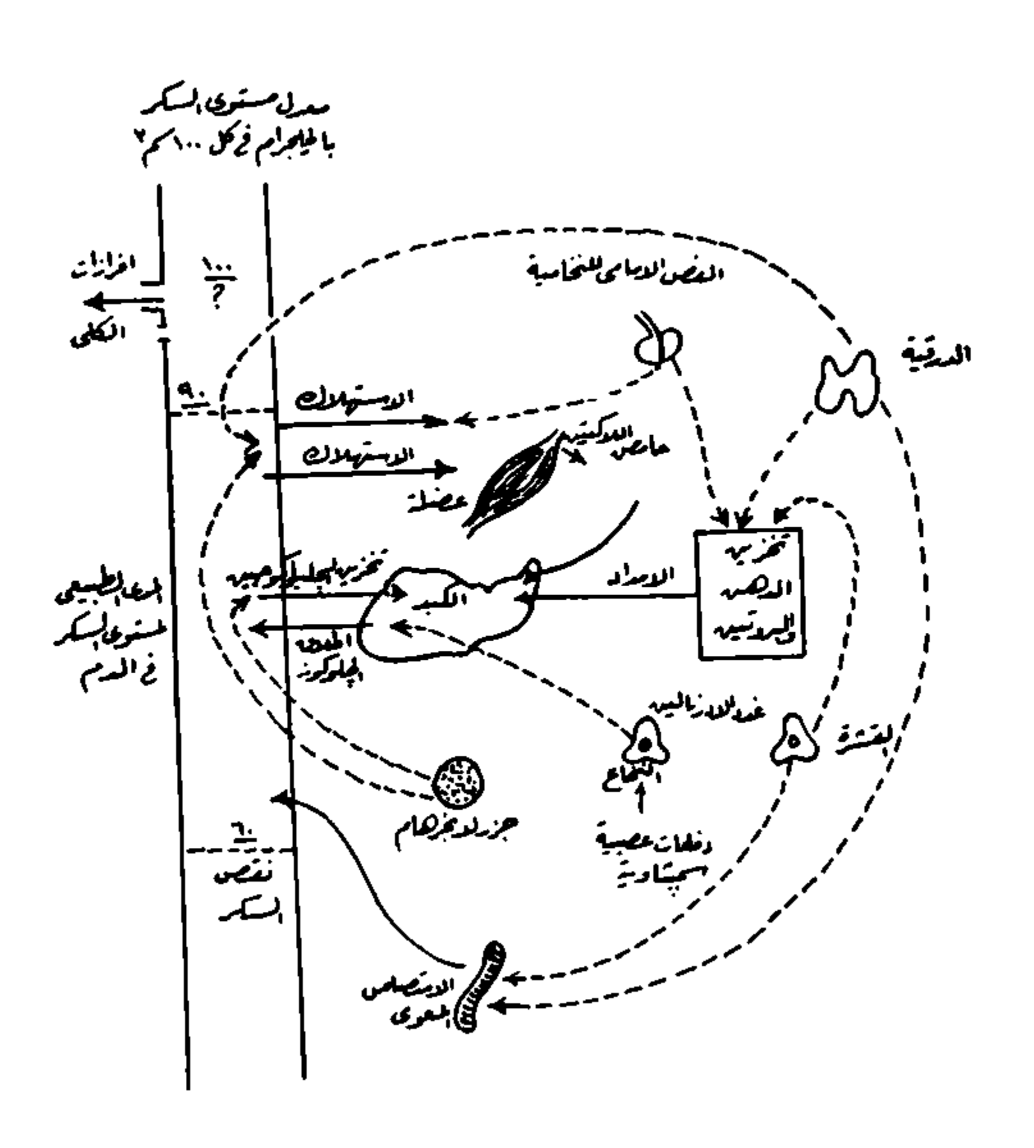
ولقد أثبت العديد من الأحداث والحالات العيادية أن الإصابة بمرض السكر تعقب انفعال حزن شديد أو غضب عنيد، أو قلق مستبد مما يمكن تفسيره في ضوء اختلال وظائف آليات تنظيم موازنة السكر بالجسم نتيجة زيادة إجهادها، أو المفاجأة المذهلة في وظائفها[٢٩]. أنظر شكل (٣).

٣ - التهاب المفاصل الروماتيزمي: **Rheumatioid Arthritis**

إن التهاب المفاصل الروماتيزمي مرض قديم؛ يصيب الكبار عند جفاف السائل الموجود بين (عظمتي المفصل) وفي كل التقاء بين عظمين يوجد واحد من المفاصل. ويلين المفصل الحركة وعند حدوث الالتهاب تتورم الغضاريف وتحدث الروماتيزما بآلامها المعروفة.

إن الذي يهمنا في هذا المجال (التهاب المفاصل) الذي يهاجم الشباب والكبار والصغار دون تمييز. وقد وصلت دراسات عديدة لهذا النوع من الالتهاب للاستنتاجات التالية:

(١) إنه مرض سيكوسوماتي مرتبط ارتباطاً وثيقاً بنواحي النقص في



شكل توضيحي (٣)

لبيان بعض العوامل الفسيولوجية التي تؤثر في مستوى السكر بالجسم ومدى تأثير انفعال القلق على ذلك[٢٩].

تنظيم الشخصية، وبالضغوط البيئية والإحباطات التي تثير قلق الفرد.

(٢) إن هذا المرض السيكوسوماتي شائع بين النساء أكثر منه بين الرجال وعلى الأخص عند الفتيات ذوات الميول الذكرية أو العلاقات الجنسية المثلية، والإعراض عن الزواج، والسيطرة على الذكور وهروبها من العلاقات الجنسية المؤلمة لها يقوم بحيلة مرضية هي (الآلام الروماتزمية) السيكوسوماتية.

(٣) الآلام الروماتزمية هي عرض جسمي يدل على حالة قلق وتوتر ناجمين من الصراع بين الميول الذكرية المكبوتة، وأحياناً الجنسية المثلية المكبوتة، وتحدث الكارثة حين تتعرض المرأة لحالات من (الهذيان) بعد زوال الأعراض العضوية للروماتيزم.[٣٠]

٤ - نزيف الأذن الوسطى: **Meniere Syndrome**

ويعتبر هذا النزيف خير مثال على الأمراض السيكوسوماتية ويظهر نتيجة تقلص أو نزيف في الأوعية الدموية لعضو (اللابيرنت) أو القناة القوقعية والأذن الوسطى حيث توجد أعضاء الاتزان وتوازن الجسم، وعند حدوث النزيف يفقد المريض التوازن ويصاب بالإغماء. وقد أثبتت دراسات (فاولار، وزيكيل: Fowler + Zechel) أن هذه الحالة المرضية هي (نتيجة قلق) سارع بظهور أعراضه الجسمية، ويعكس شعور المريض بالعدوان المتسلط عليه. وهنا تكون (حالة القلق المفاجىء) والحاد مؤدية إلى تغير سريع في الأوعية الدموية يؤدي لانطلاق الدم للأذن الوسطى ثم انفجاره من أوعيته نتيجة الضغط كما يحدث في مواسير المياه؛ وبالذات حين ينطلق الدم سريعاً وقوياً ومفاجئاً.

٥ - الصداع النصفي: Migraine Headaches

يصيب هذا المرض نصفاً واحداً من الرأس إصابة حادة؛ ويصاحبها حالات من الدوخان والقيء وزغللة في البصر وأحياناً عمى نصفي، وقد يكون ذلك عائداً لأن مركز الإبصار في الدماغ يرتبط بالعينين معاً ولا يرتبط الإبصار بنصف الدماغ. وقد دلت الصور الكهربائية لرسم دماغ المصاب بالصداع النصفي على أنها تعطي موجات غير منتظمة: Dys - rhythmic وهي أنواع الموجات التي تشيع في رسم الدماغ عند المصروعين.

ومن أهم الدلائل على دور (العوامل النفسية) في حالات الصداع النصفي أن العوامل المسارعة لظهور المرض هي:

أ- الإحباطات والضغوط النفسية.

ب- الزيادة المفاجئة في ضغوط العمل أو الشجار.

جـ- المواقف التي تهدد الذات اجتماعياً أو اقتصادياً أو نفسياً كالخوف من الفصل عن العمل أو العزل من منصب أو الرسوب في امتحان أو الفشل في زواج وحب أو هجران للأصدقاء وعداء من الناس ولعل هذا ما يرجح حالات الصداع النصفي.

وقد استطاع السيكولوجي الفيزيولوجي الدكتور (وولف Wolf)[٣١] أن يعطينا الخطوات الفيزيولوجية لهذا المرض كالآتي:

أ- إن الموقف الذي يتميز (بالضغط الانفعالي) يجعل الشعيرات والأوعية الدموية في الرأس تنبض أي تتمدد وتنقبض، وبذلك تستثار الأطراف النهائية للأعصاب الموجودة مع الشرايين، وهنا تبدأ مشاعر الألم.

ب- قد تصل الحالة إلى قمة المرض والصداع وقد تزول مفاجأة بزوال (الموقف الانفعالي) كما بدأت فجأةً.

جـ- إن المرجح أن هناك عوامل استعدادية عفوية تساعد على ظهور الأعراض العضوية بهذه الصورة استجابة لتوتر القلق والانفعالات العنيفة.

وقد وصف علماء النفس (المظاهر السلوكية) للأفراد المصابين بالصداع النصفي فكانت كالتالي:

(١) إنهم شديدو الحساسية للنقد من الغير، وهم يوجهون النقد الكثير للآخرين وكثيراً ما يستعملون معهم تصيُّد الأخطاء.

(٢) طموحهم شديد ويدفعون أنفسهم بعنف للوصول إلى أهداف عالية، يهتمون كثيراً بنظافة ملابسهم، ويعانون نوعاً من- الدقة القهرية- في التخطيط وتنفيذ الأمور حيث يبالغون في الكمال والدقة الزائدة في التنفيذ.

(٣) إنهم كثيرو النقد واللوم لأنفسهم، ويبذلون الجهد الكبير ليؤدوا أعمالهم بأحسن صورة وبما أنهم معرضون للإحباط والفشل فإنهم باستمرار يقعون فريسة للغضب والحنق والعداء والحقد ولا يصارحون بها.

(٤) لديهم قمع شديد وكبت لكراهيتهم للآخرين ونتيجة لتوتر الكبت يعانون آلام الصداع النصفي(٣٢).

حالة توضيحية عيادية[٣٣]:

« سيدة في السابعة والعشرين من العمر؛ تشتغل طبيبة، وكان زوجها كضابط في البحرية يتركها فترات طويلة دون اهتمام. وقد بدأت تشعر بأعراض الصداع النصفي منذ الخامسة عشرة من عمرها، وقد صاحب الصداع أعراض القيء والزغللة. ولقد بدأت العلاج النفسي بعد فشل أشكال العلاج الجسمي وتبين للمحلل النفسي ما يأتي:

« إنها عاشت يتيمة الأم حيث كانت قد ماتت أمها وهي في سن الثانية، وتزوج أبوها وهي في الرابعة من عمرها، ولم تسعد بطفولتها الحزينة كثيراً. وفي أثناء العلاج تبين أن مصدر الصداع هو (ما تكبته من حزن) على هجر أمها لها وتركها وحيدة، وما تشعر به من (قلق الذنب): Guilt anxiety، لأنها رفضت أنْ تعين زوجة أبيها في رعاية أختها غير الشقيقة، التي ماتت - على ما تعتقد - بسبب إهمالها لرعايتها ».

« لقد كانت ولا تزال تعاني (صراعاً) بين الرغبة في الاقتراب من الرجال والخوف والكراهية الموجهة نحوهم، ولذلك تزوجت وهي تحمل في جوانبها هذا الصراع الذي نشأ من اعتقادها الطفلي أن الآباء من الرجال يقتلون الأمهات. ولقد شفيت الحالة تماماً عندما بدأت تعبر عن (انفعالاتها المكبوتة) باكية الأم المسكينة التي ماتت صغيرة وتركت زوجها وابنتها الصغيرة، وعندما استطاعت أن تندب حظها كطفلة مهجورة في (الثانية) من عمرها، وزوجة لا تنعم كثيراً بحماية زوجية دائمة ».

٦ - الاستجابات العضلية الهيكلية:

يستجيب الجهاز العضلي والهيكلي للضغط الانفعالي بالتهاب المفاصل

وأوجاع الظهر وتشنج العضلات وتلعب (العوامل الانفعالية) دوراً حاسماً في ظهور الأعراض. وقد أشار (كوفيل، وتيموثي، وكوستيلو، وروك) بأن ثمة علاقة وثيقة بين معاناة التوتر وبين التخفيف منه عن طريق النشاط العضلي. ولكن حينما تستمر (التوترات) وتشتد وتظل (دون حل) فإن الجهد العضلي الناجم عنها يسبب الأوجاع والآلام.

وقد سبق أن تحدثنا بعض الشيء عن التهاب المفاصل، ونود أن نحصر الحديث حول أوجاع الظهر، وتشنج العضلات:

أ- **أوجاع الظهر**: تظهر أوجاع الظهر من أسفل باستمرار في اضطرابات عصابية مختلفة، وقد تنشأ هذه الأوجاع من توترات مستمرة مستعصية على الحل، أو قد تكون تعبيراً رمزياً Symbolic Expression عن استياء المريض من أعباء الحياة وثقل المسؤوليات الواقعة على عاتقه، وكثيراً ما غصّت العيادات العسكرية بهذا النوع من الإصابات أثناء الحرب ولم يكتشف أي - سبب عضوي - لهذه الحالة إلا في عدد قليل منها؛ وحتى هذه الحالات ترجع في معظمها إلى ادعاء المرضى، وحتى هذه السمة أيضاً تكون عادة ذات سبب سيكولوجي.

ب- **تشنج العضلات**: يميل التفسير الدينامي لتقلص أو تشنج العضلات في علاقته ببقية العضلات المصابة. مثال ذلك العرض الذي يعبر عن صراع من خلال التقلص العضلي، حيث يظهر الألم والتشنج في - الذراع - نتيجة لرغبة لا شعورية في المشاجرة[٣٤].

٧- الاستجابات التناسلية، والغدد الصماء والحواس:

لا يوجد جهاز في الجسم يعكس العلاقة بين (المؤثرات السيكولوجية)

والأمراض السيكوسوماتية كما يصوّرها - لنا - الجهاز التناسلي وخاصة في الوظيفة الجنسية، والعلاقة بالوالدين وخاصة الوالد، والمحرمات الشديدة والغموض اللذين يحيطان المواجهة المبكرة لظاهرة الجنس، كل ذلك يشكل الأرضية الخصبة لظهور عوامل لا تحصى تؤثر في عمل الأجزاء العضوية في هذا الجهاز. وقد حدّد علماء النفس ثلاثة أشكال لهذه الاضطرابات[٣٥].

أ- اضطرابات الوظيفة الجنسية.
ب- اضطرابات الوظيفة التناسلية.
جـ- اضطرابات عملية التبول.

أ- اضطرابات الوظيفة الجنسية: تعتبر (العنة) لدى الذكور في مقدمة الاضطرابات، ويتراوح هذا الضعف الجنسي في شدته من مجرد تأخر في القذف إلى العجز عن البقاء منتصباً لبعض الوقت أو حتى عدم القدرة على الانتصاب نهائياً: Impotency، وهناك مظهر آخر لدى الذكور كمظهر من مظاهر الاضطرابات السيكوسوماتية وهو سرعة القذف: Pre - mature ejaculation؛ وتحليل هذه الاضطرابات من- وجهة النظر الدينامية- يعود إلى خوف شديد من أن يتسبب الرجل في حمل المرأة الأمر الذي يؤدي إلى كف الوظيفة الجنسية، وخوف الفتاة من الحمل أو الفضيحة وتقاليد المجتمع. ويعيد بعض العلماء السبب إلى القلق الشامل ومخاوف الطفولة وعدم وجود خبرات سابقة وضغط التقاليد، وسوء التنشئة الاجتماعية والعلاقة بالوالدين وبالذات مع الأم؛ وتأتي كل هذه الأسباب في اضطرابات الإناث في حالات البرود الجنسي: Frigidity أو الشبق الجنسي: Over sex. وقد يشترك الذكور والإناث بنفس الصفات أو بعضها أو جميعها وهناك حالات الماشوسية الخضوعية والسادية التي تتلذذ بالإيلام والعذاب

أو تعذيب الآخرين قبل العملية الجنسية، والنرجسية في حب الذات والتعرية وغيرها.. وكثير منها مرتبط بتجارب الإنسان السابقة وأحداث حياته.

ويربط علماء التحليل النفسي اضطرابات الذكور بصراع أوديبي طفلي لم يجد حلاً وهي عند الإناث عقدة إليكترا.

وقد تصاب الإناث مع البرود الجنسي أو الشبق وعدم الإشباع بعدم القدرة للوصول إلى الهزة الجنسية الأخيرة: Climax, An Orgasm ويؤكد علماء النفس دور المخاوف القلق وعدم الأمان في بروز هذه الاضطرابات.

ب- اضطرابات الوظيفة التناسلية: وتشتمل على الاضطرابات الخاصة في الدورة الشهرية (عدم الانتظام، الأوجاع الشديدة والتوتر الحاد المصاحب للطمث، اضطرابات الحمل والولادة، إفراز الحليب، استجابات عنيفة في حالة اليأس والصدمات)، وتتركز العوامل السيكودينامية عند المرأة هنا حول انعدام شعورها بالأمن Insecurity وحاجتها للحماية: Protection وتصرفاتها الطائشة كفتاة تحلم أن تلعب دورها كزوجة أو كأم.

جـ- اضطرابات عملية التبول: إن أعراض التبول الشائعة التي يمكن اعتبارها اضطراباً سيكوسوماتياً تتضمن التبول بكثرة.(سلس البول) أو بشكل متقطع قليل قد يصاحبه حرقة ولون غريب أو انسداد البول. وثابت أن العامل المشترك وراء هذه الأعراض التوتر النفسي والقلق ومن علماء التحليل النفسي من يرى فيه حياء مصطنعاً وصراعاً جنسياً وقد يكون على شكل انسداد في مجرى البول في حالة عجز تحدث للفرد حين يوجد حوله من يراقبه أو يضايقه.

اضطرابات الغدد والحواس: لقد بدأ العلماء حديثاً في دراسة جديدة لمعرفة الاضطرابات التي تتأثر بها الحواس الخمس والغدد الصماء تحت ضغط القلق والانفعال وارتباط ذلك ارتباطاً شديداً بوظائف الجهاز العصبي المركزي. وقد ثبت حدوث تغيرات في كيميائية الدم كنتيجة لأي نشاط انفعالي، وتصبح الحواس الخمس من بصر وسمع وشم ولمس وذوق- وهي المنافذ التي ينفذ منها المثير الذي يستثير الانفعال- عوامل مشجعة على الاضطراب السيكوسوماتي - السيكوفيزيولوجي.

وما تزال الأبحاث في هذا المضمار في خطواتها الأولى، وتفتقر إلى الكثير والمزيد من البحوث التجريبية والعيادية[٣٦].

حواشي الفصل السادس

(١) الجهاز العصبي المستقل هو جزء من الجهاز العصبي يشرف على وظائف الأحشاء والغدد الصم وعمله (لا إرادي) وصلته بالانفعالات وثيقة، فإذا اشتدت أو أحبطت أدى ذلك لاضطراب الوظائف الحشوية جميعاً.

(2) Sanford, F.H: Psychology, A scientific Study of man.

(٣) راجع د. أحمد عزت راجح: الأمراض النفسية والعقلية. ص ٢٥٤.

(٤) راجع Abnormal Psychology

(٥) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم: مطبعة الحلبوني سورية - دمشق - ١٩٧٣. ص ٤٦٧.

(٦) راجع: الدكتور أحمد عزت راجح: الأمراض النفسية والعقلية. دار المعارف - القاهرة - ١٩٦٤. ص ٢٧٣.

(٧) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم - مطبعة الحلبوني - سورية - دمشق - ١٩٧٣. ص ٢٧٢.

(٨) راجع: الدكتور أحمد عزت راجح. الأمراض النفسية والعقلية: دار المعارف - القاهرة - ١٩٦٤ - ص ١٧٢.

(9) Maltz Maxwell: **The Magic Power of Self Image Psychology.** Pocket Books Publishing Co. New York, 1976, U. S. A. 10 TH Printed copy.

(10) S. Wolf: Evidence of the Genesis of the Peptic Ulcer in man. J. of A. M. A. CXX 1942.

(11) S. WOLF + H. G. Wolf: Evidence of the Genesis of the Peptic Ulcer in man J. A. M. A. CXX. 1942

(١٢) راجع: د. عبد الرحمن محمد عيسوي: دراسات في السلوك الإنساني، ١٩٧٩ - دار المعارف بالاسكندرية: ص ١٠٣.

(١٣) راجع: د. محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم: ١٩٧٣ مطبعة الحلبوني- سورية- دمشق- ص ٤٩٣.

(14) SAUL, L, J: Hostility in Cases of hypertention: **Psychosomatic Medicine** (1939) P.P 153 - 161 Ch XIV

(15) C. A. Binger, N.W. Ackerman, A,E. Cohen +Others; Peranality in Arterial Hypertention, Psychosomatic Medicine **Mongraphs, VIII, 1945**

(16) Strange: Abnormal Psychology, 1966 Mc Graw Hill, New York.

(17) Alexandar F. Psychosomatic Medicine + its principles + Application-W.W Norton + Company Inc. New York, 1950, U.S.A.

(18) Cameron, N. **The Psychology of Behavior Disorders** . A Biosocial intepretation, Boston, Houghten + Mifflin Co, 1947. U.S.A.

(١٩) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم- مطبعة الحلبوني- دمشق- سورية- ١٩٧٣: ص ٤٧٨.

(٢٠) الأدريناكورتيزون: وهو هرمون القشرة من الغدة الكظرية.

(21) Saul, L + Bernstein: The Emotional Setting of some Attacks of Urticaria. Psychosomatic Medicine, Vol. 3. P. 351, 1941.

(22) Simmons, H, The Psychosomatic Aspects of Cancer, Peabody Press, Washington. D.C. 1956.

(23) Horney , K. The Neurotic Personality of our time, Kegan Paul + Co.

New York - 1963

(٢٤) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم- مطبعة الحلبوني- دمشق- سورية ١٩٧٣: ص ٥١٣.

(٢٥) راجع نفس المرجع السابق.

(26) Wilson: Psychosomatic Medicine.

(27) Some Reference as above.

(28) Alexander: Psychosomatic Medicine + its Principles and Application, W.W Norton + Company Inc, 1950, New York, U.S.A.

(29) Morgan, G.T + Stellar, E: Physiological Psychology, P. 102. Mc Graw Hill, New York, 1950, U.S.

(٣٠) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم ص ٥١٠. مطبعة الحلبوني - دمشق - سورية: ١٩٧٣.

(31) Wolf, H: Headache and Other Head Pains, Oxford University Press, London, 1948, U. K - London.

(٣٢) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم، مطابع الحلبوني - دمشق - سورية - ١٩٧٣ ص ٥٠٩.

(٣٣) راجع نفس المرجع السابق ص ٥٠٨.

(٣٤) راجع: علم نفس الشواذ: ترجمة الدكتور محمود الزيادي، والدكتور السيد محمد خيري - ١٩٦٧ - دار النهضة العربية القاهرة - ص ١٤٤.

(٣٥) راجع نفس المرجع السابق.

(٣٦) يقوم المؤلف بإعداد (دراسة منفصلة وتفصيلية) لأمراض الأطفال السيكوسوماتية: كاللجلجة، والتبول اللاإرادي، وغيرها.. كما سيقدم (دراسة منفصلة) حول الأرضية النظرية لتفسير الأمراض السيكوسوماتية والنظريات المرتبطة بها من بيولوجية، وسيكولوجية، ونيورولوجية، مما لا يتسع في هذا الكتاب بقسميه الأول والثاني. وستأتي هاتان الدراستان في كتاب تحت الطبع هو: «أساليب العلاج النفسي».

الفصل السابع

الأمراض النفسية - الانفعالية

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد...
- مؤشرات الصحة النفسية كبديل للأمراض النفسية والعقلية.
- تعريف المرض النفسي.
- الفوارق المميزة بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية.
- نوعيات وتصنيف الأمراض النفسية- العصابية.
- تعريف العصاب وأنواعه.
- الأعراض الإكلينيكية العامة للعصاب.
- الأعراض الجسمية والسيكوباثولوجية للقلق العصابي.
- الهستريا أو العصاب التحولي.
- أعراض الهستريا أو العصاب التحولي.
- تصنيف الدكتور فهمي لأصناف الهستريا.
- الفوارق المميزة بين نوبات الهستريا ونوبات الصرع.

- تصنيف سترينج وكاميرون لنوعيات الهستريا.
- العوامل المهدة، والمعجلة للاضطراب الهستري.
- السمات الرئيسية للشخصية الهسترية.
- النورستانيا أو الشعور بالإنهاك.
- التعريف والأعراض.
- السيكاثينيا أو العصاب القهري:
  ١ - المخاوف.
  ٢ - الوساوس المتسلطة.
  ٣ - الأفعال القسرية.
- العصاب اللفظي ولجلجة الكلام.
- المرض النفسي السيكوباتي ونوعياته:
  ١ - تصنيف دافيد كلارك للانحرافات السيكوباتية.
  ٢ - تصنيف مورجان للانحرافات السيكوباتية.

الفصل السابع

الأمراض النفسية - الانفعالية
PSYCHOLOGICAL ILLNESSES

تمهيد:

يلعب (الصراع الآيديولوجي): Ideological Race القائم في عالمنا المضطرب دوراً - خفياً، ومقنعاً في آراء علماء النفس لمفهوم الأمراض النفسية والعقلية، في نشوئها وتطورها، وفي تعريفها ومفهومها وأسبابها، وفي تفسيرها ومناهج علاجها.

فالمعسكر الشرقي وعلماؤه يتخذون من الحقائق العلمية الفيزيولوجية وعلاقاتها بالتفاعلات النيورولوجية التجريبية الحديثة منطلقاً لهم في التصنيف والتعريف والتحليل. ويرون بأن البناء البورجوازي للطبقية الاجتماعية، وفساد العلاقات التي تربط بين عناصر الإنتاج، والظلم الرأسمالي الذي يفتك بالأغلبية الساحقة من الناس في كل مجتمع؛ يقود تلقائياً بأفراده إلى الأمراض العصابية - النفسية، أو العقلية - الذهانية، فالنظام الاجتماعي في منظورهم هو المسؤول الأول لأنه يحول المجتمع بأكمله إلى مستشفى واسع للأمراض العقلية والنفسية دون أن يجد فيها المواطن تشخيصاً مأمولاً أو أملاً في علاج أو شفاء. وقد أكد هذا النظرة الطبيب النفساني البريطاني (لينغ ودافيد كوبار) Lang + D. Copper في كتبهم

وآرائهم. ولهذا فلا بد في نظرهم من تغيير المجتمع لأن الشروط البيئية الصحيحة لا تقوم عملياً إلاّ بتبديل الشروط البيئية السيئة التي ساهمت بتكوين المريض والمرض. وتعتبر بحوث ودراسات باڤلوف، وليڤانوف، وزوكولوف، ولونتييف وعلى الأخص لوريا وڤيغوتسكي خير ممثل لهذه المفاهيم.

ويقف على النقيض الآخر المعسكر الغربي - الرأسمالي وتقوده الولايات المتحدة الأمريكية ويشرف عليه عالم هارفارد الشهير برونر، وكارل راجرز، وجوردن آلبورت، وجوليان روتر، وحديثاً فيليب ڤيرنون، وبيرت، وجيلفورد وآيزنيك وغيرهم ويأخذ معظم علماء هذا الاتجاه (باستثناء القياسيين)؛ يأخذ في الاعتبار نظرية فرويد، واتجاهات التحليل النفسي، وقد برز حديثاً داخل هذا الخط الكثير من المنشقين والمعارضين. ويرى أصحاب هذا الاتجاه عموماً بأن مشكلات الإنسان تكمن في (الصراعات النفسية) التي لم يتمكن الإنسان بمفرده من إيجاد حل لها منذ طفولته. ولا بد من التماس سبل متعددة لعلاجها حتى تساعده على التوافق والانسجام مع المجتمع الذي يعيش فيه بصرف النظر عن ملابسات هذا المجتمع واتجاهاته، فالتعايش مع المجتمع Conformity هو الهدف والغاية للعلاج وللفرد وللأخصائي.

وفي السنوات الأخيرة اشتد ساعد (القياسيين) أمثال جيلفورد وبيرت وآيزنيك وڤيرنون وغيرهم، كما برز علماء السلوكية الحديثة، وكونوا تياراً نقدياً شديداً على يد (ف. ب سكينار)؛ ضد التحليل النفسي وتفسيره للأمراض السلوكية والنفسية والعقلية. ورغم أن السلوكيين يؤمنون بمبدأ باڤلوف في المثير والاستجابة (S.R) ولكنهم يرون بأن المرض النفسي إنما هو

اتجاه متعلم؛ Learned Behavior؛ ومع مرور الزمن تتحول العادات السلوكية إلى التزامات يتمسك بها الفرد كأنماط مرضية منذ الطفولة. وإن الأعراض التي تظهر في سلوك العصابي إنما يتعلمها من بيئته، ومن مراحل نموه، وخاصة مرحلة الطفولة.

وليس غريباً أن نجد علماءنا في (العالم الثالث) بدون خط منهجي واضح يميزهم عن التبعية إن لم نقل- العبودية- لواحد من الاتجاهين السابقين.

وفي تقديرنا؛ فإن الحكمة تتطلب منا أن نأخذ الخير الذي تتضمنه كلتا النظريتين دون أن نلتزم بقصورها وقيودها، ونقبل كل ما يساعدنا على التطور الفكري السيكولوجي في عالم لا يسمح برؤية الأشياء من- بعد واحد- ضيق بل من أبعاد شمولية متعددة؛ وعندها يصبح تعريفنا وتصنيفنا وفهمنا للأمراض النفسية والعقلية أكثر شمولاً وموضوعيةً، وأوسع وأرحب مجالاً وأفقاً[1].

مؤشرات الصحة النفسية كبديل للأمراض النفسية والعقلية:

حينما نريد الكشف عن الأمراض النفسية والعقلية؛ ونفهمها فهماً واعياً، فإنه لا بد لنا من أن نلتفت إلى (البديل) باعتباره الجانب الصحي الآخر لها؛ والقادر أن يحل محلها؛ ونعني بذلك (الصحة النفسية).

إن الصحة النفسية في مفهومها العلمي ليست مجرد خلو الإنسان من الأعراض المرضية الظاهرة External Symptoms، التي تبدو للعيان في صورة وساوس، وتوتر، وقلق، أو هذيانات أو سلوك شاذ وإنما هي سمات

وخصائص موضوعية. وتعتبر (مؤشرات مميزة) تطبع شخصية صاحبها بالتالي:

١) قدرة الفرد على عقد علاقات اجتماعية راضية مرضية؛ يرضى عنها الفرد بنفسه ويرضى عنها الناس منه؛ علاقات تتسم بالتعاون والتسامح والإيثار فلا يشوبها العدوان أو الارتياب أو عدم الاكثرات لمشاعر الآخرين، وهذا ما يعرف بالتوافق الاجتماعي Social Adaptability + Adjustment والشرط الأساسي لتحقيق هذا التوافق الاجتماعي؛ هو الاتزان الانفعالي للفرد: Emotional Stabilitv ويرتبط بالاتزان النضج الانفعالي Maturity الذي يدفع الفرد إلى أن يتخذ في سلوكه الموقف المعتدل بين كلا التطرفين: Away of any Extreme.

٢) قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة: Balancing of Conflicting Drives توفيقاً يرضيها إرضاء متزناً وهذا ما يعرف باسم (التوافق الذاتي).

٣) قدرة الفرد على الصمود حيال الأزمات والشدائد وضروب الإحباط المختلفة دون أن يختل ميزانه ويشوه تفكيره، ودون أن يلجأ إلى أساليب ملتوية غير ملائمة لحل أزمته كالعدوان ونوبات الغضب أو الاستسلام لأحلام اليقظة. فدرجة احتمال الإحباط، ونوعية التحكم فيه هما من أبرز سمات الفرد عن غيره من الأفراد.

٤) قدرته على الإنتاج المعقول في حدود ذكائه وحيويته واستعداده، إذ كثيراً ما يكون الكسل والخمول والقعود دلائل على شخصية هدتها الصراعات النفسية؛ واستنفد الكبت حيويتها. ولاننس أن المخاوف

والوساوس والهواجس كثيراً ما تعوق نشاط الفرد وتعطله.

٥) استمتاع الفرد بالحياة، بعمله وأسرته وأصدقائه، وشعوره بالطمأنينة والسعادة، وراحة البال.

٦) قدرة الفرد على إحداث تغييرات إصلاحية بناءة في بيئته وشؤون حياته، وعدم امتثاله المطلق لكل ما يسود في جماعته من تقاليد بالية، وعادات فاسدة[١].

تعريف المرض النفسي:

عرفت جمعية الطب النفسي الأمريكي في تقريرها السنوي عام ١٩٥٢ الأمراض النفسية بالتالي.

«إن الأمراض النفسية هي عبارة عن مجموعة الانحرافات التي لا تنجم عن- علة عضوية- أو تلف في- تركيب المخ- بل هي اضطرابات وظيفية، ومزاجية في الشخصية، وترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، أو اضطرابات في علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي؛ الذي يعيش فيه ويتفاعل معه؛ وترتبط بماضي حياة الفرد وخاصة في طفولته المبكرة».

ويبدو هذا التعريف جيداً، ولكنه لا يخلو من تعميم وغموض؛ لأنه لم يحدد المرض من حيث (أعراضه)؛ أم من حيث (أسبابه)؛ أم من حيث (أهدافه)، أم من حيث (أبعاده)؟

أما من حيث (أعراض المرض)؛ فنستطيع القول بأن المرض

النفسي هو اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة أعراض Symptoms جسمية ونفسية شتى منها القلق، والوساوس، والأفكار المتسلطة والمخاوف الشاذة، واضطرابات جسمية وحركية وحسية متعددة.

أما من حيث (الأسباب): فالمرض النفسي اضطراب وظيفي ينشأ من تضافر عدة عوامل على رأسها صراعات لاشعورية في عهد الطفولة، وعوامل بيئية متشابكة ومترابطة.

أما من حيث (الهدف) فالمرض النفسي هو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات وتستهدف حلاً لأزمة نفسية؛ ومحاولة لتجنب القلق أو إيقافه. وهي محاولة قد تفلح في هدفها هذا بقدر قليل أو كبير، أو تكون محاولة خائبة لا تجدي في خفض القلق بل تزيده شدة وإصراراً.

أما من حيث (الأبعاد) فإن المرض النفسي ليس مقتصراً على النواحي السلوكية والعصابية وإنما أصبح يضم عدداً واسعاً من اضطرابات الشخصية كالانحرافات الجنسية، والأمراض الجسمية ذات المنشأ النفسي وكثيراً من اضطرابات الخلق.

الفوارق المميزة بين الأمراض النفسية والأمراض العقلية:

لقد أثارت بعض التصنيفات الارتجالية موجة من الخلط الذي شاع بين عامة الناس وانتقل إلى صفوف المختصين؛ بين المرض النفسي، والمرض العقلي. وقد أدّى هذا الخلط الذي يحتاج لتمييز

فارق دقيق إلى مساوىء عديدة كان أبرزها ما نلاحظه في عشرات كتب علم النفس من اعتبار المرض العقلي مرضاً نفسانياً، والمرض النفسي هو مرض عقلي وقد أثار هذا الخلط لدى بعض - الأدعياء - خوف الجماهير ورعبهم في الذهاب إلى العيادات من أجل التماس بعض الاستشارات النفسية لأنهم سيكونون في عيون المجتمع - مجرد مجانين - يعانون اختلالاً عقلياً؛ وتزداد هذه الصورة في مجتمعات (العالم الثالث) قسوة على أي مجتمع تكنولوجي آخر. ففي الوطن العربي مثلاً يفضل الفرد المضطرب نفسانياً أن يقضي حياته كلها أو سنوات طويلة منها في آلام نفسية مبرحة على أن يسمع الناس يتهمونه بالجنون. وتقع المسؤولية في تقديرنا على عاتق علماء النفس ومؤسسات الثقافة ووسائل الإعلام في تنوير الأذهان بالسمات الفارقة بين الأمراض النفسية (العُصابية)، والأمراض العقلية (الذهانية) كما نوجزها بالفوارق السبعة التالية:

١) إن الأمراض النفسية (العصابية) هي عموماً تكون من مصادر نفسية - غير عضوية وغير جسمية - وترتبط باضطرابات - مزاجية - وقابلة للعودة لحالة الاعتدال والتوازن، أما الأمراض العقلية (الذهانية) فهي ناشئة عن خلل - عضوي فيزيولوجي - أو عصبي، دماغي، نيورولوجي وباختصار (الجملة العصبية الدماغية) في المرض النفسي هي غالباً سليمة ونادراً مصابة، ولكنها في المرض العقلي هي حتماً مصابة، ويصاحب المرض العقلي اضطرابات هضمية ووظائفية وعلاجها طويل، وصعب.

٢) الأمراض النفسية - العصابية هي عموماً ذات مصدر بيئي - اجتماعي

ونادراً ما تكون وراثية، بينا الأمراض العقلية - الذهانية هي عموماً (وراثية - جيناتيكية) ونادراً ما تكون بيئية ويستحسن عزل أصحابها حين يشكلون خطراً على أنفسهم أو على الآخرين.

٣) المرض النفسي - العصابي يتناول عادة (جانباً واحداً) للشخصية وزاوية معينة للسلوك بالتغيير، ولا يصاحبه عموماً أية اضطرابات هضمية أو فيزيولوجية، بينا المرض العقلي - الذهاني يؤثر (كلياً في مجموع الشخصية) ويولد تغييراً أوسع بمحيطه ونتائجه من المرض النفسي.

٤) المرض النفسي يكون فيه المريض (متصلاً بالواقع) مع اضطرابات ملحوظة؛ بينا في المرض العقلي يكون المريض فيه (منفصلاً عن الواقع) ويعيش منشطراً في عالم خاص به (برانويا) كذهان ادعاء النبوة أو التحجر بفكرة واحدة.

٥) المريض نفسانياً - عصابياً يشعر بما يجري حوله من تغيير؛ وهو واع لحالته المرضية، ويقبل العلاج ويطلبه (كعصابي وسوسة غسل اليدين باستمرار)، بينا المريض عقلياً - ذهانياً فهو عموماً غير واع لحالته وغير شاعر بالتغيرات من حوله وهو لا يعترف أنه مريض ويعارض بشدة؛ العلاج والمساعدة.

٦) المريض نفسانياً هو عموماً معرض (للمسؤولية القانونية) لتصرفاته وسلوكه الاجتماعي نظراً لقدرته على التمييز، بينا المريض عقلياً لا يتعرض عموماً للمسؤولية القانونية.

٧) في حالات (استثنائية وطارئة) يكشف التشخيص الدقيق عنها؛

يمكن فيها أن تكون (بعض) الأمراض النفسية ناشئة من مصدر عقلي أو تكون الأمراض العقلية ناشئة من مصدر نفسي والاكتشاف المبكر لتمييز وتحديد وتشخيص هذه الحالات من الأيام المبكرة؛ يساهم في علاجها السريع قبل استفحالها واستعصاء حلها.

نوعيات وتصنيف الأمراض النفسية - العُصابية:

تختلف الدول والعلماء في تصنيف الأمراض النفسية ويبدأ كل منهم من منطلق معين، ويركز البعض على أمراض معينة بينما يعتبرها آخرون ثانويةً من حيث الأهمية ولكن العلماء يتفقون في أن (العُصاب) Neurosis بشتى نوعياته وفروعه هو رأس الأمراض النفسية، ويلحق به النورستانيا: Neurasthenia ويذكر الدكتور مصطفى فهمي[٣] بأن تصنيف الأمراض النفسية يتضمن سبعة أنواع رئيسية وهي:

١ - القلق المرضي العصابي أو (العصاب).

٢ - الهستريا أو العصاب التحولي.

٣ - الشعور بالضعف والوهن والإجهاد بشكل مرضي (النورستانيا).

٤ - الأعمال القسرية والوساوس.

٥ - اللجلجة في الكلام.

٦ - السلوك السيكوباتي.

٧ - الانحرافات الجنسية.

وسنتناول في الفصل العاشر (التصنيف السوفييتي) للأمراض العصبية

والعقلية لنضع أمام القارىء عرضاً شاملاً للتصانيف. والذي نود التركيز عليه الآن هو (العصاب): Neurosis باعتباره رأس الأمراض النفسية وعنه تتفرع مختلف النوعيات الأخرى، فما هو العصاب؟؟

تعريف العُصَاب: Neurosis

هو اضطراب وظيفي: Functional Disorder دينامي - انفعالي وهو (نفسي في المنشأ): of Pschological Origin ويتصف بأعراض عامة تؤدي إلى اضطراب في العلاقات الشخصية وحالة عدم كفاية وعدم سعادة، وله أنواع متعددة تزيد على (عشرين نوعاً) وأبرزها ما يأتي.

أنواع العصاب: استطاع علماء النفس الإكلينيكي تحديد وتشخيص ما يزيد على (٢٠) نوعاً من أنواع العصاب الذي يظهر على شكل استجابات[٤]، ويمكن الإشارة إلى أبرزها بما يأتي.

١ - استجابات القلق العصابي أو المرضي: Anxiety Reactive Neurosis ويتم الكشف عن أعراضها باختبار (تايلور) Tylor

٢ - الاستجابة التحولية (الهستريا): Conversion-Reaction Hysteria

٣ - الاستجابة الانحلالية أو التفكك: Disassociative-Reaction

٤ - الاستجابة الفوبية (الخوف الوهمي المرضي): Phobia-Reaction

٥ - الاستجابة الوسواسية القهرية: Obsessive-Compulsive Reaction

٦ - الاستجابة الاكتئابية العصابية: Depressive-Reaction

٧- استجابات الوهن والتعب (النورستانيا): Neurasthenia

٨- توهم المرض بدون سبب حقيقي: Hypochondria

٩- عصاب الحرب: War Neurosis

١٠- عصاب الحادث: Accident Neurosis

١١- عصاب الجنس: Sexual Neurosis

١٢- عصاب السجن: Prison Neurosis

١٣- عصاب الشعور بالخطيئة والإثم: Guilt Neurosis

١٤- عصاب عقاب الذات واللوم: Self Punishment Neurosis

١٥- عصاب المعدة: Stomach Neurosis

إن الحديث عن العصاب بأنواعه حديثاً مفصلاً يحتاج إلى كتاب كامل حتى يستوفي الكاتب أو الباحث حقه. وفي حدود بحثنا سنحاول التركيز على (أبرز نوعيات العصاب) وأكثرها شيوعاً.

وقبل الحديث المفصل عن النوعيات العصابية لا بد أن نحيط القارىء بالخصائص العامة التي تعتبر (أعراضاً) للعصاب بصرف النظر عن نوعياته.

الأعراض الإكلينيكية العامة للعصاب: General Symptoms

إن الأعراض العامة للشخص العصابي يمكننا تحديدها بالمظاهر العشرة التالية:

١) الفرد العصابي يعيش في إطار الواقع ويحس به؛ فهو على هذا

Conscious ، ولكن نفسه تعيش بسجن داخلي: Internal Prison يشعر فيه الفرد بانقباض داخلي شديد، وضيق مؤلم ضاغط، لا يعرف خلالها أسباب عصابه ولا يجد لها حلاً، فهو مقيد بسلاسل تظهر على شكل توتر عصبي Neurotic Tension ومع هذا فهو مستعد لقبول العلاج والتعاون مع الأخصائي النفسي على عكس الذهاني: Psychotic .

٢) الفرد العصابي يعاني قلقاً ظاهراً أو خفياً، وشعوراً بعدم الأمن: Insecurity ، وزيادة الحساسية: Over-Sensitivity والتوتر والتهيج والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية، وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين: Dependency ومحاولة جذب انتباه الآخرين: Attention Seeking + The Need for Attention والاستجابة الصبيانية (الطفلية) في مواقف الإحباط: Childlish Responses والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب: Sadness and Deppression .

٣) العصاب هو خلل في جزء من أجزاء الشخصية وليس في مجموعها: Partial Personality Impairment (Not Total) والعصابي أحياناً يمكنه مساعدة نفسه، أو أنه يطلب المساعدة بينما الذهاني: The Psychotic يرفضها رفضاً قاطعاً: Refusal and Resistance .

٤) العصابي يعاني اضطراباً في تفكيره وبطأً في فهمه: Mental Slowness and Slow Comprehension وعدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل، ونقصاً في الإنجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة.

٥) العصابي يعاني نوبات تعكس قلقاً وتوتراً كردود أفعال دائمة ومتناوبة الحدوث: Tense Anxiety Reactions يصاحبها أحياناً اضطرابات

هضمية: Digestive Problems وأحياناً اضطرابات فيزيولوجية: Physiological Disorders مع ضغط شديد وانقباض على الأعصاب: Obsessive-Compulsive States + Reactions.

٦) يتصف سلوك العصابي عموماً بالجمود والتكرار: Repeatative + Static عملياً وذهنياً، وفي حالات أخرى يتصف بالطيش والتسرع ويقتصر فيه على حلول دفاعية: Defensive Outlets، وحيل عقلية لا شعورية، هروبية كالإسقاط والنقل والانسحاب والتقمص وغيرها.

٧) سرعة الملل، والضيق والضجر من معظم الأشياء حوله وقصر مدة الانتباه والتركيز:

Short Attention Span, Cannot Stand any Task for Long Time.

٨) التمركز حول الذات والأنانية الواضحة:

Clear-Cut Selfishness + Self Centred

يصاحبها اضطراب في العلاقات الاجتماعية.

٩) اضطرابات تعكس حالات صدام Conflicts يصاحبها وجود (فوبيات: Phobias)، وهي تصوُّرات وهمية ومخاوف لا أساس لها في عالم الواقع.

١٠) سرعة الغضب أحياناً لأتفه الأسباب وضعف واضح في العنصر الإرادي للضبط العصبي، ومع ذلك فعلاجه عموماً (نفساني) وقابل للشفاء، بينما الذهاني علاجه عموماً طبي أولاً ثم عقلي ونفساني ثانياً ويحتاج لوقت طويل وقد يكون في علاجه انتكاسات: Regressions

وقد قسم علماء النفس الإكلينيكي (القلق النفسي) إلى نوعين أساسيين:

أ- القلق العادي أو الموضوعي كالخوف من امتحان أو اصطدام أو خطر.

ب- القلق العصابي المرضي وهو خوف غامض عصابي لا يدرك المصاب به سبباً له، وقد سبق لنا الإشارة إلى أعراضه العامة.

الأعراض الجسمية والسيكوباثولوجية للقلق العصابي:

يعاني المصاب بالقلق العصابي أعراضاً (جسمية- فيزيولوجية) كبرودة الأطراف، وتصبب العرق، واحتمال اضطرابات معدية، وسرعة ضربات القلب، واضطراب في النوم، والصداع، وفقدان الشهية، واضطرابات في التنفس.

أما الأعراض السيكوباثولوجية فتتمثل بالخوف الشديد، وتوقع الأذى والمصائب، وعدم القدرة على تركيز الانتباه، والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز والاكتئاب، وعدم الثقة والطمأنينة والرغبة في الهرب من الواقع عند مواجهة أي موقف من مواقف الحياة[٥].

ويتميز الخوف في حالة القلق العصابي عن المخاوف المرضية، بأنه خوف عام غامض، غير متعلق بشيء معين في حين أنه في حالة المخاوف المرضية عادة يخاف المريض من شيء معين؛ كالخوف من الحيوانات أو الخوف من الأماكن المغلقة والمظلمة والخوف من الأماكن المرتفعة وغيرها من المخاوف.

الهستيريا: Hysteria أو العصاب التحوُّلي: or Conversion-Reaction (Hysteria)

يعرف الدكتور محمد عثمان نجاتي في كتابه (علم النفس في حياتنا

اليومية)[٦] الهستريا أو العصاب التحولي بأنه- مرض نفسي يتميز بتحول الصراع النفسي إلى صورة اضطراب بدني أو عقلي دون أن تكون هناك علل عضوية يمكن أن تسبب هذه الاضطرابات. وهذه الاضطرابات هي في الواقع بمثابة محاولات للهروب من الصراع النفسي وللتخلص من القلق الذي تنشأ عنه. فالمريض بالهستريا إذن إنما هو شخص يهرب من القلق بالالتجاء إلى الاضطرابات البدنية والعقلية التي تكون مفيدة نوعاً- ما- في وقايته من آلام القلق.

ويشير الدكتور أحمد عزت راجح في كتابه (الأمراض النفسية والعقلية) بأن الهستريا قد تقتصر على الاضطرابات الحركية والحسية التي يجني من ورائها المريض ربحاً كالهروب من موقف عسير، مادي أو معنوي، أو استدرار عطف الناس، أو التنصل من تحمل تبعة ويرافق هذا المرض أعراض جسمية ونفسية[٧].

ويعرف الدكتور أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس الفيزيولوجي)[٨]؛ الهستريا بأنها مرض نفسي لا شعوري يتميز بظهور علامات وأعراض جسمية الغرض منها الحصول على نفع ذاتي، أو الهروب من موقف مؤلم، ويجب أن نميز هذا المرض عن الادعاء الذي يكون صاحبه عالماً بالدوافع التي أدت به إلى ادعاء المرض، أما في الهستريا فالمريض لا يعرف سبباً لمرضه ويقدم على العلاج كغيره؛ وتشتمل أعراض الهستريا على أربعة أبعاد أساسية:

أعراض الهستريا أو العصاب التحولي:

أ- أعراض حركية: كفقد الصوت، والاهتزاز، في الأطراف والارتعاش وسرعة التهيج؛ والغيبوبة، والشلل، والنوبات التشنجية الهسترية.

ب- أعراض حسية: كفقد البصر، وفقد الإحساس بالألم، وفقد السمع، وفقد الشم.

جـ- أعراض عقلية: كفقدان الذاكرة، وحالات الشرود وتشتت الذهن، وازدواج أو تعدد الشخصية، والجوال الليلي وشبه العته الهستري.

د- أعراض جسمية: كالصداع، والقيء، والآلام المختلفة في الجسم، وفقدان الشهية، والحمل الكاذب عند النساء.

وقد فسَّرت (نظرية التحليل النفسي) مرض الهستريا على أساس الميكانيزمات اللاشعورية المؤدية لهذا المرض، وتأثير الطفولة في تكوين الشخصية المصابة بهذا المرض.

أما العلماء السوفييت أمثال (بافلوف وسيشنوف) فيتخذون التفسير الفيزيولوجي أساساً لتعليل مرض الهستريا ويرون بأن المرضى بها يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفة، ومن طبيعة هذا الضعف أن يؤدي إلى إثارة نشاط مراكز تحت القشرة في الدماغ لأن هذه المراكز تستجيب لشحنات وألياف عصبية من القشرة، وبالتالي فالقشرة تنظم وتقلل من نشاط هذه المراكز، وفي حالة ضعف القشرة أو اللحاء، تصبح هذه المراكز في حالة (عدم توازن) Inbalancing، ودون سيطرة عليها. وتحتوي مراكز الدماغ تحت اللحائية، جميع الانعكاسات غير المشروطة، أي الانعكاسات الموروثة والبدائية من أجيال بعيدة، وفي الفرد ذي اللحاء الضعيف فستأخذ هذه الانعكاسات دوراً نشطاً وتحت تأثير أحد الشدائد، تظهر الأعراض في هيئة بدائية مثل التشنجات الهسترية، أو غيبوبة هسترية للهروب من موقف معين، وكذلك يمكننا تأويل الأعراض الجسمية للهستريا بضعف في خلايا اللحاء الخاصة بوظيفة الأعضاء المصابة.

ويعتقد العالم (آيزنيك) بأن الهستريا: هي حالة يجتمع فيها بعدان من الشخصية وهما بعد العصابية، مع بعد الانبساطية[9].

وهناك من يرى أن الهستريا هي نمط سلوكي مرضي نفسي معين، يعكس حالات من الاضطرابات ولا تخلو أحياناً من عرض سيكوسوماتي يدعى الهستريا التحولية: Conversion Hysteria فهو على هذا اضطراب عصابي.

تصنيف الدكتور فهمي لأصناف الهستريا:

ويرى الدكتور مصطفى فهمي في كتابه (علم النفس الإكلينيكي)[10]؛ بأن الهستريا لم يعد (مرضاً نسائياً) كما كان شائعاً، فانتشاره بين الرجال قائم؛ ولو أن انتشاره أكثر بين النساء ممن يعانين ضيقاً في الرحم. والهستريا لدى فرويد هي صراع بين الذات العليا وبعض النزعات الجنسية. ويشير الدكتور فهمي إلى أن (الأعراض الحركية للهستريا) تتمثل بستة أصناف:

أ- الشلل الهستري كحالة الجندي الذي يصاب بالشلل في بدء المعركة حين تعطى إليه الأوامر، أو شلل يد الفتاة عن الكتابة كحل للصراعات بين الذات العليا ورغبتها في الزواج من فتى تتمناه.

ب- الحركات اللاإرادية الهسترية: كتقطيب الوجه، والضحك بدون سبب، وبل الشفاهْ، وتسليك الحلق عن طريق النحنحة؛ وكلها حركات عصابية لا إرادية.

جـ- التقلصات الهسترية: وتتناول عضلة معينة كالإصبع أو القدم كنتيجة لبرد شديد، أو حرارة أو التهاب شديد وهذه تقلصات عادية أما التقلصات الهسترية فهي نتاج عوامل نفسية كاعتقال عضلة الإصبع عند الكتّاب المحترفين للكتابة.

د - الارتعاشات الهسترية: وتصيب أي جزء من أجزاء الجسم لا سيما بعد حادثة معينة؛ أو في حالات الضيق والإحباط أو استماع أخبار غير سارة أو رسالة حزينة أو خلاف أو شجار.

ويصبح هذا الارتعاش عائقاً عند المريض لا يمكنه من أداء الأعمال الأخرى الاعتيادية وتؤثر بشكل خاص على العمال وربات البيوت.

هـ - النوبات التشنجية: وتستمر هذه النوبات بضعة دقائق أو ساعات؛ وأحياناً أياماً يتشنج الجسم كله بها. وتكون مصحوبة بصيحات ذعر وتنهدات (دون أي دموع)؛ والمصاب في حالة حيرة وذهول: Confusion + Trance ولا يتكلم، ولا يجيب على أي سؤال وإنما يجلس ويحملق بمن حوله؛ وقد يغمض عينيه.

الفوارق المميزة بين نوبات الهستريا ونوبات الصرع:

إن (التشخيص الدقيق) يفصل دوماً بين الحالات، ويتحاشى كثيراً من الخطأ الشائع بين العامة والباحثين. ولهذا لا بد من توضيح الفوارق المميزة بين نوبات الهستريا والصرع بشكل دقيق:

١ - المصاب بنوبات الصرع غير واع لما يدور معه وحوله فهو Unconscious بينما المصاب بنوبات الهستريا هو عموماً واع لمن حوله: Conscious.

٢ - في النوبات الهسترية (الشدّة الانفعالية) أقوى مما هي عليه في نوبات الصرع.

٣- في النوبات الهسترية يقوم المصاب بمحاولات الدفع والشد والقبض على ما حوله وكل ما يقع في يده؛ بينما المصاب في الصرع لا يفعل ذلك.

٤- النوبات الهسترية عموماً نفسانية إنفعالية لا يوجد بها تلف في الدماغ، بينما في الصرع التلف الدماغي ثابت ومؤكد Cortex Disorder ويستعمل العلماء (الموجات الكهربائية) للكشف على الصرع وتمييزه عن الهستريا.

٥- النوبات الهسترية وسائل هروبية من (متاعب نفسية) يعاني منها المصاب في أعصابه ونفسه، أما نوبات الصرع فهي (إصابة عضوية) دماغية عقلية.

و- **فقدان الكلام**: ويعتبر من الأعراض الحركية للهستريا ويتخذ مظهرين:

(١) فقدان القدرة على الكلام بصوت مرتفع.

(٢) فقدان القدرة على الكلام كلية[١١].

وتحدث هذه الحالات عموماً بسبب الإحباط أو القلق أو اليأس أو الشعور بالفشل والإذلال أو حالات الحروب والصدمات. أما (الأعراض الغذائية) للهستريا فتأخذ شكل مظهرين:

(١) فقدان الشهية: Anorexia - آنوريكسيا.

(٢) الشهية الذاتية: Bulimia - بوليميا. وهما تعكسان الاضطرابات الانفعالية التي يعانيها الفرد.

أما الأعراض الحسية للهستريا فتصيب أي حاسة من الحواس الخمس

بخلل شامل كلي أو جزئي ولا سيا العمى والصمم.

أما الأعراض العقلية فتظهر في خلل الذاكرة كلياً أو جزئياً وفي تشتت الانتباه وعدم القدرة على التركيز وفي ضعف الدافع الذاتي والحافز لأي عمل(١٢).

ازدواج الشخصية كمؤشر هيستري(١٣):

إن الشخصية المزدوجة هي حالة من حالات الهستريا تظهر وتتطور كرد فعل لما يشعر به المريض من قلق، وهي وسيلة يعتدي بها الفرد على نفسه لا شعورياً كوسيلة للعقاب ولتخليص نفسه من القلق بعد صراع شديد. فالمريض يعاقب نفسه على جرمه لا شعورياً عندما يسجن شخصيته الأولى ويمنعها من الاستمتاع جزاء سلوكها في الحياة.

وهناك من العلماء من يرى بأن ازدواج الشخصية هو مجرد وسيلة هروبية كما أنه يجعل المريض مركز عناية فهو وسيلة لجذب انتباه الآخرين إليه: Attention Getting.

وتعتبر السلبية: Passiveness and Negativism أمراً واضحاً في سلوك المصاب بالهستريا مما يصبح مستحيلاً أن يشاركه غيره من الناس بأي نشاط. ويستفيد المريض من عمليتين لا شعوريتين واضحتين هما:

(١) العزل الزائد: Overexclusion

(٢) الكبت الزائد والضغط: Over Completerepression

فالعزل الزائد يعني أن يستبعد المريض من نفسه شخصيته القديمة بأكملها التي كانت سبباً لحدوث الصراع. ففي حالة المزارع الذي فقد

ذاكرته لم ينس فقط حادث قتله للفلاح ولم يكتف في عقابه للذات بكبت هذه الخبرة المؤلمة ونسيانها فحسب بل إنه - بسبب القلق الشديد الناجم عن الصراع بين فضيلة إبلاغ البوليس عن الحادث؛ وحب الشخص لذاته - نسي لا شعورياً شخصيته الأولى واتخذ لنفسه شخصية مغايرة.

أما الكبت الزائد والضغط: Over Completerepression فيقصد بذلك أن إحدى الشخصيتين تكبت عن طريق النسيان كل خبرات الشخصية الأخرى وتمحوها من ذاكرة المريض.

وقد ألقت دراسات العالم (سلاتر Slater عام ١٩٦١) أضواء جديدة على الهستريا فقد وجد أن هناك من بين الهستريين عدداً يعاني إصابة بالمخ، أو أعراض الصرع أو الاكتئاب أو الفصام أو حالات القلق وغيرها. ووجد (سلاتر) أن الصورة الإكلينيكية تختلف من حالة إلى أخرى، وأن أعراض الهستريا تتأثر بعوامل أخرى. ولم يستطع تحديد نوع واحد للعلاج فقد استخدم العقاقير، والصدمات الكهربائية، والعلاج النفسي وغيرها ولم يجد واحداً من هذه الأساليب يفيد أكثر من غيره في حالات الهستريا. وكان من أشد معارضي (سلاتر) العالم (والش Walshe) الذي وافق على آرائه كثيرون؛ في أن الهستريا اضطراب عصابي أولي يتصف بظهور أعراض وعلاقات مرضية وتؤثر بها ضغوط معينة اجتماعية ونفسية. وقد استبعد الباحثون وعلى رأسهم الدكتور أحمد عكاشة أستاذ الطب النفسي وعلم الأعصاب في جامعة عين شمس بجمهورية مصر العربية؛ أن تكون الهستريا مجرد تعبير تعود إلى زملة أعراض Syndrome واتجهوا إلى وضعها وتسمية مظاهرها المختلفة بأنها ردود أفعال تحولية وتفككية. ويرى الدكتور محمد أحمد غالي في كتابه (القلق وأمراض الجسم)؛ بأن الاضطراب الهستري

عموماً تكون له صورة كاملة قائمة بذاتها؛ وأن ظاهرة التفكك أو التحول إن هي إلا (أوصاف) لما يحدث للسلوك أثناء الإصابة بالاضطراب الهستري.

وقد اجتازت (الهستريا) تطوراً تاريخياً ذا دلالة وأهمية؛ فقام علاجها على يد عمداء المدرسة الفرنسية أمثال (شاركو، وبرنهايم، وليبول: Charcot, Bernheim, Liebault) باستعمال التنويم، وجاء فرويد ليسير بنفس الخط مضيفاً إلى ذلك أسلوب التحليل لعلاج اضطرابات الجنس باعتبارها المحرّك الأساسي وراء مرض الهستريا. وجاء علماء يركزون على الأعراض الجسمية للهستريا في التوقف العضوي للإحساسات Inactivation وفي بعض الحالات فقدان الإحساس الجلدي Anesthesia؛ بينما تأخذ الهستريا اللاإرادية أشكال الارتعاد والخلجات والتقلصات كما أشرنا سابقاً. وقد قسم (جاك روي سترينج: J. R. Strange) اضطرابات الهستريا إلى ثلاثة أنماط:

(١) الهستريا التحولية: Conversion Reactions

(٢) حالات التفكك الهستري: Dissaciative States

(٣) النوبات الهسترية التشنجية: Convulsive Hysteria

أما العالم (كاميرون: Cameron-N) فقد قسمها إلى قسمين رئيسيين:

(١) الهستريا التوقفية: التي تتعرض لها أية حاسة بما في ذلك الكلام.

(٢) الهستريا اللاإرادية: التي تتناول أي جزء في الجسم أو السلوك.

وذهب فريق من العلماء للتركيز حول أمراض الخلايا وأمراض العضلات Myopathy المؤدية بدورها لظهور التوقف الهستري ومن العلماء من أوجد علاقة بين التوقف الهستري والعوامل البيو إجتماعية كحدوث

تلف غامض في الجهاز العصبي، أو عدم قدرة الفرد على أداء الدور الاجتماعي الذي كان يؤديه.

ويرتبط في الهستريا اللاإرادية؛ الإرتعاد الهستري: Hysterical Tremor والتقلص الهستري Hysterical، Cramp والخلجات الهسترية Hysterical Ties بما فيها قضم الشفاه، والغمز بالوجه، وهز الرأس أو الكتف، والكحة والسعال الرجفي، ومن نوعيات الهستريا اللاإرادية نوبات الإغماء الهستري Hysterical Seizure والمشي أثناء النوم: Hysterical Somnambulism كأن يقوم المريض من نومه ويمشي وهو نائم، وهناك التجوال: Hysterical Fugue وهو مشي المريض مسافات طويلة وهو يقظ ولكنه لا يعرف شخصيته أو اسمه ولا يعرف وجهة مسيره ويضل طريقه، وكلاهما حالتا تفكك هستري. وهناك ازدواج وتعدد الشخصية: Double + Multiple Personality وهي حالات يعيش بها الفرد شخصيتين أو أكثر يكون بينهما تعارض تام في أبعادهما؛ وينسى في كل وجه ما كان عليه أو ما قام به من أعمال في الوجه الآخر. وتظهر الهستريا خصوصاً في مجالات العمل للفرد: Occupational-Hysteria.

العوامل الممهدة والمعجلة للاضطراب الهستري(١٤):

تلعب خبرات الطفولة وتجاربها دوراً هاماً في تكوين هذا الاضطراب والتمهيد له، فالإسراف في تدليل الطفل ومدحه وإطرائه، والإفراط في العناية به أيام مرضه والمبالغة في حمايته من الأضرار، كل هذه الممهدات تكوّن لديه صورة غير واقعية في (مفهوم الذات) عنده: Unrealistic Self Concept؛ وقد كشفت الدراسات بأن حالات الهستريا غالباً ما تتناول

الطفل الأول في الترتيب الميلادي بالأسرة، أو الابن الذكر الوحيد أو الأنثى الوحيدة، أو الطفل الأخير الذي نال القسط الكبير من التدليل، أو الطفلة ذات الحظوة الخاصة من أبيها والتي تثير غيرة الأم منها، أو الطفل الذي نشأ لدى جد أو جدة يغرقانه بعطف فيه تطرف وغلو، أو ابن الأرملة التي فقدت زوجها وحولت كل حبها لابنها بعد موت أبيه، أو ابن المطلقة التي وجدت بعد هجرها في ذلك الابن بديلاً تستشف منه معاني إشباع الميول الحسية والعاطفية؛ فتغرقُه بالعطف الزائد.

أما العوامل المعجلة بظهور أعراض الهستريا Precipitating Factors فيمكننا استعراضها كالتالي:

(١) الخبرات المثيرة للذعر أو قلق الصدمة: Traumatic Anxiety .

(٢) مواجهة مسؤوليات مفاجئة لا يشعر الفرد إزاءها بأهليته لمواجهتها.

(٣) المرض الجسمي يثير الحاجة للحب والرعاية.

(٤) خيبة الأمل والفشل في الحب أو الزواج.

(٥) افتقاد عطف الزوج بعد عشرة سعيدة وطيبة.

(٦) حالة الحريق أو الحرب أو الفيضان غير المتوقع.

(٧) الصدمات العاطفية أو العائلية المفاجئة.

(٨) الخسائر التجارية والمالية والإفلاس وغيرها.

السمات الرئيسية للشخصية الهسترية وتنحصر بما يأتي:

(١) التفكك الشخصي، وشدة الانفعال العصبي؛ وبعض أعراض

جسمية، وحركية أو عقلية وحسيّة تعكس خللاً واضحاً.

(٢) التهرب من المسؤولية وكثرة التواكل والتعبير دوماً عن العجز في مواجهة مشكلات الحياة.

(٣) التلهف الشديد إلى العطف، والإلحاح لإشباع الجوع العاطفي الفردي من الآخرين بمبالغة شديدة.

(٤) التمركز الشديد حول الذات Egocentrism والاهتمام بالمصالح الأنانية والشخصية دون اهتمام بمشاعر الآخرين Empathy أو شؤونهم.

(٥) عدم القدرة على تقدير الأمور؛ والحكم على المواقف؛ والعجز الواضح في اتخاذ القرار؛ وعدم الاستطاعة لرؤية المواقف من وجهة نظر الآخرين؛ وعدم الشعور في المسؤولية الاجتماعية في علاقاتهم بالغير. وهذا سلوك طفلي يمثل ضحالة في النضج الانفعالي وسطحية في النمو الشخصي.

(٦) عدم الاستقرار الانفعالي، والاهتزاز الدائم مزاجياً ونفسياً؛ فالشخصية الهسترية تنتقل بسرعة من انفعال إلى آخر؛ من الضحك إلى البكاء، ومن السعادة إلى الكآبة، ومن التحمس إلى الفتور، ومن الروح المعنوية العالية إلى الهبوط المعنوي الشديد، وينعكس هذا اللون من السلوك على علاقاته بالآخرين وعلى أفراد عائلته فهو لا يثق بأحد بسرعة وثقته لا تدوم ولا تطول، وعلاقاته في مجال عمله مع الآخرين معرضة دوماً للاهتزاز.

(٧) العقل الخفيف أي القابلية الشديدة للإيحاء وتصديق ما يقال لهم دون نقد ومناقشة وتمحيص ولا سيما حين يأتي من سلطة معينة كالأب أو الأستاذ أو رب العمل، وهذا يعكس مستوى طفليًا ويدل على عدم النمو

وعدم النضج وهو نوع من التواكل والاعتماد على الآخرين.

(٨) اللامبالاة في معظم الحالات والرغبة في الاستعراض والاستعراء، وذكر مشاكلهم واضطراباتهم للآخرين.

(٩) عدم القلق على حالتهم المرضية فالمصاب بالهستريا يضحك وكأنه غير مهتم بحالته وليس لديه اكتئاب وهو متعاون مع الطبيب والأخصائي لإجراء الفحوص. والصعوبة الكبيرة في التمييز عند التشخيص بين العرض الهستري الفعلي، وبين التظاهر وادعاء المرض: Malengering لأن دوافعها عموماً متشابهة وواحدة. وإن المدّعي عموماً يعلم ويعي دوافعه وغالباً ما يرفض العلاج، بينما المصاب بالهستريا لا يعرف سبباً لمرضه ويقدم على العلاج.

النورستانيا: (الشعور بالانهاك): Neurasthenia

يعتبر العالم (بيرو ١٨٨٠) أول من أطلق اصطلاح (نيوراثينيا) على أعراض هذا المرض. وقد توهم أنه ناتج عن إجهاد يقع تحته الفرد بعد صراع طويل، وتتأثر به أعصابه بسبب تغيرات كيميائية تحدث وتصيب الجهاز العصبي. ودلت الأبحاث المعاصرة أن هذا المرض (غير عضوي) وليس نتيجة إصابة (للخلايا العصبية) والمريض المجهد بهذا المرض لا يستطيع مواصلة العمل (لدقائق) ولو وفرنا له راحة طويلة جسدية فإنها لن تغني عنه شيئاً لأن احتياجه الحقيقي هو (الراحة النفسية) التي تمكنه من أداء العمل دون أي تعب.

فقد تضيق السيدة ذرعاً بعمل منزلي بسيط وتتعب منه جداً، وقد

تنتعش في الذهاب لحفلة أو مسرح أو الاشتراك بسفر أو رحلة مهما تكن شاقة من حيث الواجبات والمسؤولية، لأن المنزل قد يربطها بذكريات أليمة، وكبت سابق، وتوترات نفسية، بينما يعتبر الاشتراك في حفلة أو نشاطات مجالاً يفتح أمامها آفاقاً جديدة.

ويعتبر العالم (فاير ميتشيل) أول من استخدم الراحة والغذاء المناسب والكهرباء كوسائل علاج للنورستانيا ظناً منه أن مركز الضعف هو الجهاز العصبي، أما العلماء العضويون فقد ظنوا أن خللاً عضوياً في القلب أو الأوعية الدموية يجعل الإنسان غير قادر على احتمال الجهود والصعاب.

وجاء فرويد وغيره من علماء التحليل النفسي فقالوا إن النورستانيا هي نتيجة مباشرة للعادة السرية وما تحدثه هذا العادة من ضرر للأعصاب يرافقه الصراع بين الذنب والخطيئة وبين الإقلاع عن العادة.

أما المدرسة السلوكية: Behavioral School فتعتبر النورستانيا سلوكاً مكتسباً ومتعلماً: Learned Behavior فالآباء والأمهات والأجداد يكونون دائمي الشكوى من أقل مجهود يبذلونه، وطبيعي أن يقلدهم الصغار والأطفال لأن الشكوى من التعب تستخدم كوسيلة للراحة، ومع الأيام تتحول هذه الشكاوي الوهمية إلى عادات واتجاهات وأخيراً إلى سلوك مرضي راسخ الجذور. وكثيراً ما نلاحظ الآباء والأمهات يجبرون أولادهم على الإحساس وتوهم التعب والشكوى منه كالمشي الكثير، وصعود السلم، واللعب في الحديقة، وكثرة النشاط.

ولهذا فإن علماء النفس السلوكيين يرون أن النورستانيا أي الشعور بالإجهاد والتعب المرضي؛ إنما هو سلوك مكتسب من البيئة والتنشئة الاجتماعية يعفي الفرد من موقف غريب، أو هي عذر للآخرين يعفيهم من

بذل المجهود، أو عذر يبرر الفشل في أي عمل. وعلى هذا الأساس تكون الشكوى من التعب عبارة عن طريقة تكيف مستمر وتنتشر حتى تصبح محوراً مرضياً لحياة الشخص اليومية.

وهناك من علماء النفس المعاصرين من يرى النورستانيا كنتيجة لما يعانيه الفرد من قلق نفسي بسبب المواقف الإحباطية التي تتعرض لها رغباته واحتياجاته؛ كالمنافسة في العمل مع القرناء، والتبعية للرؤساء والخضوع لهم، وشعور الفرد بأنه منبوذ وهدف للعدوان، أو أن آماله مصيرها الفشل، وجهوده ذاهبة إلى الضياع، وأن هنالك كثيرين من حوله يحملون له الحسد والحقد والشك، فهذه الأسباب كلها تقوده لحالة من الإنهاك والإجهاد والتعب.

التعريف والأعراض: طبقاً لما تقدم؛ نستطيع القول بأن النورستانيا هي حالة إعياء نفسي، وضعف عام جسمي وعصبي وقد تصل حالة الفرد إلى الإرهاق والإنهاك التام والتعب: Fatique + Tiredness

أعراض النورستانيا:

(١) ضعف عام، وتعب وإعياء لأقل مجهود يبذل جسمياً وعقلياً.

(٢) ضعف في الروح المعنوية والثقة بالنفس، وشعور بالضيق والتبرم وكثرة الشكوى، وعدم الرغبة في أداء أي واجب أو عمل موكول إلى الفرد.

(٣) عدم القدرة على التركيز الذهني والعملي، وظهور التردد، وفقدان القدرة على أداء أي نشاط إنتاجي مثمر.

(٤) ضعف الذاكرة، والإرهاق العصبي، والاكتئاب والغم.

(٥) الحساسية الشديدة للضوء والأصوات من أي جانب مهما تكن خفيفة حتى دقات الساعة من حوله.

(٦) اضطراب النوم والأرق والأحلام المزعجة.

(٧) الضعف الجنسي عموماً وفي حالات أخرى الشبق الجنسي.

(٨) الصداع وهبوط ضغط الدم أحياناً: Low Blood Pressure .

(٩) خوف المريض من مرضه وأحياناً حضور فكرة الموت إليه وهماً.

(١٠) الإحساس بضربات القلب، ضعف الشهية للطعام، عسر الهضم، الشك الشديد في الناس، حالات الإمساك في المعدة، عدم تحمل الضجيج والأصوات المزعجة، الإسفاف في أحلام اليقظة.

السيكاثينيا (العصاب القهري)

Psychasthenia-Compulsive Neurosis

وتعني باختصار نقص في الطاقة النفسية للإبقاء على التكامل العادي وقد قسم العالم (جانيه) هذه الاضطرابات القهرية إلى ثلاثة أنواع:

١) المخاوف: Phobias

٢) الوساوس المتسلطة: Obsessive-Reactions

٣) الأفعال القسرية: Compulsive-Reactions

١) المخاوف: الفوبيا هي مخاوف وهمية لا أساس لها في عالم الواقع.

كالخوف من الماء أو من الأماكن العالية، والمريض لا يعرف سبباً لها ولا طريقاً للتحكم بها. ويرى السلوكيون بأنها نوع من التعلم الشرطي السلبي، انتقلت فيه القدرة على إحداث الاستجابة من المثير الأصلي الطبيعي إلى بعض الظروف التي اقترنت بالمثير الأصلي في حادثة قديمة مر بها المريض في (طفولته). وقد قامت دراسة إكلينيكية كشفت عما يزيد على (ثلاثين نوعاً) من هذه المخاوف وأبرزها ما يأتي:

١ - الخوف من الكلاب: Cynophobia

٢ - الخوف من المرتفعات: Acrophobia

٣ - الخوف من البرق: Astrophobia

٤ - الخوف من الأماكن المفتوحة: Agorophobia

٥ - الخوف من الأماكن المغلقة: Claustrophobia

٦ - الخوف من الناس: Anthrophobia

٧ - الخوف من الماء: Aquaphobia

وهناك الخوف من القطط، والثعابين، والنار، والحيوان، والظلام، والجسد الميت، والحصان، والميكروبات، والصاعقة، والزهور وغيرها.

مثال لحالة الخاوف (الفوبية)

تحتفظ ملفات الحالات الإكلينيكية بحالة الضابط (ماكان Macan)؛ الذي كانت مخاوفه من (الأماكن المغلقة)؛ وقد نصت حالته بأنه كان يصرخ وهو يرابط وفرقته في خندق من الخنادق بالقرب من الخط الأمامي لمعركة

من المعارك الحربية، وبسبب هذا الصراخ المتكرر أرسل إلى المستشفى أثناء العلاج. وعند التحليل اتضح أن جدته حين كان طفلاً أرسلته لبيع بعض السلع القديمة فذهب الطفل بهذه السلع لرجل كان قد اتخذ له مكاناً في نهاية ممر مظلم، وفي أثناء سيره بالممر الضيق هجم عليه كلب كبير كان ينبح نباحاً شديداً فذعر الطفل؛ وانطبع الخوف عنده في (اللاشعور).

ولتطبيق (التفسير السلوكي) على هذه الحالة يمكننا إدراك ما يأتي: المثير الأصلي الطبيعي في هذه الحالة (نباح الكلب).

الملابسات المصاحبة للمثير الأصلي هي (المكان المظلم الضيق) وفي أي موقف مثير تحدث عادة خبرتان:

أ- خبرة انفعالية (الخوف).

ب- خبرة إدراكية (إدراك العلاقات بين أجزاء الموقف).

والذي حدث بعد فترة من الزمن في هذه الحالة هو التخلص من الناحية الإدراكية أي نسيانها (كبتها في اللاشعور حسب تفسير فرويد)؛ بينما تبقى الخبرات الانفعالية قابلة للتكرار بشكل آلي عن طريق مؤثرات مشابهة. وربما نتساءل؟ لماذا يتم نسيان الخبرات الإدراكية؟ والجواب هو أنها خبرات مؤلمة والإنسان بطبيعة الحال ميال للابتعاد عما هو مؤلم.

٢) الوساوس المتسلطة: Obsessive Reactions

وهي نوع من العصاب القهري - السيكاثينيا - وهي عبارة عن الأفكار والخواطر المتسلطة على ذهن المريض والتي يصعب عليه التخلص منها. فالزوجة قد يتسلط على ذهنها أن هناك من يستعد لإلحاق الأذى بزوجها

أو بأطفالها. أو قد يتسلط على ذهن المريض صحة نسبه إلى والديه. وهذا يكوّن عند المريض خوفاً يدفعه للوساوس ويقوم ببعض الحركات ليدفع عن نفسه هذه الأفكار كتقلص عضلات العنق والوجه أو ضرب الأرض بالقدم أو غيرها.

وتتسلط الوساوس على الإنسان فالأم تشعر بمجرد تأخر طفلها عن المنزل بأن ثمة خطراً وقع لهُ وتبدأ لديها الشكوك المريبة.

٣) الأفعال القسرية: Compulsive Reactions

وهي نوع من العصاب القهري؛ وهي كالوساوس يقع بها السلوك تحت صورة قهرية إجبارية لا يعرف المريض سبباً لها؛ ولا يكون له خيار فيها.

ومثالها غسل اليدين باستمرار وتكـرار، كلما لمس الفرد شيئاً أو صافح شخصاً، أو الاستحمام يومياً عدة مرات، أو بعض حالات السرقة والإجرام وإحداث الحرائق، وبعضها يتصف بالتكرار أو التتابع أو الأفعال المناهضة للمجتمع[١٥].

العصاب اللفظي ولجلجة الكلام: Verbal Neurosis

تعتبر اللجلجة عيباً شائعاً بين الكبار والأطفال وتعتبر أسبابها عديدة ومتشابكة ومعقدة. وتعتبر أكثر النظريات شيوعاً أن اللجلجة نابعة من جذور نفسية. وتعود بالمصابين بها إلى شعورهم بالقلق وانعدام الأمن في طفولتهم المبكرة. وطبيعي أن يكون القلق نتاج إفراط الأبوين ومغالاتها في رعاية طفلها وتدليله. ومحاباة الطفل وإيثاره على غيره بالحظوة والاهتام

مما يؤدي إلى غيرة رفاقه وإذكاء نيران الحقد بينهم. وافتقار الطفل إلى أحد أبويه ورعايته قد يؤثر بظهور اللجلجة، وكذلك الشقاء والمشكلات العائلية أو إجبار الطفل لاستعمال يده اليمنى في الكتابة أو إخفاقه وفشله في التحصيل الدراسي. وهكذا تجتمع هذه الأسباب الخارجية وتؤدي لقيام صراعات انفعالية وتؤدي لانعدام الأمن الداخلي عند الفرد. وحين تمر بالنفس أزمة عصبية شديدة تحاول أن تجد لها متنفسا فإن هذه الثورة تميل إلى عوارض جسمانية.

وتتخذ اللجلجة شكلين مختلفين:

(١) حركات ارتعاشية متكررة.

(٢) تشنج موقفي يكون على شكل (احتباس) في الكلام يعقبه انفجار. وقد أشار العالم (فروشلز) في بحوثه بأن التشنج التوقفي يظهر في وضوح وجلاء بعد بداية اللجلجة بنحو سنة، إذ يبذل المتلجلج عند تحريك عضلاته الكلامية جهوداً ومحاولات فتبدو بوادر الضغط على شفتيه وعضلات الجهاز الكلامي وبذلك تحتبس طلاقة لسانه.

وقد برز حديثاً مجال قائم في ذاته هو العلاج الكلامي **Speech Therapy** بجانب العلاج النفسي **Psychotherapy**.

المرض النفسي السيكوباتي ونوعياته

عرّف (داڤيد كلارك) الشخصية السيكوباتية بأنها شخصية الأفراد الذين تكون حالات الخلل في سلوكهم ومشاعرهم ظاهرة في تصرفاتهم وفي

طريقتهم في التوفيق بين أنفسهم وبين البيئة. وهم لا يحسنون التصرف ومنهم من يعيش عالة على غيرهم ومجتمعهم ومنهم من يرتكب الجريمة كأسلوب لسلوكهم.

ويؤكد كثير من العلماء أن (المرض السيكوباتي) ناتج من أصل، وراثي ويدلل العلماء على ذلك بما يأتي:

١ - إن الحالات السيكوباتية تستمر مدى الحياة، وتبدأ عادة فيما لا يتعدى فترة المراهقة في أكثر الأحيان.

٢ - يبدو أن الانحراف السيكوباتي إنما يرجع إلى أسباب عضوية جسمانية أو وجدانية لم تعرف أصولها بالدقة.

وجدير بالذكر أن السلوك السيكوباتي سلوك غريب وصاحبه لا تنقصه عموماً إلا القدرة على الحكم الصحيح. وإن طائفة السيكوباتيين ليس لدى أفرادها نقص في الذكاء فذكاؤهم عادي Average وأحياناً فوق المتوسط ولكن النقص الذي يعانون هو مقدار الذكاء الاجتماعي عندهم Social Intelligence.

وقد صنف (داڤيد كلارك) الانحراف السيكوباتي إلى نوعين:

(١) النوع العدواني: وهي المجموعة التي تتضمن المتهيجين في عنف، وكثيري الشجار، والسكيرين غير المستقرين، وأصحاب الميول السادية وأغلب معتادي الإجرام.

(٢) النوع الناشز غير المتوافق: ويضم المرتكبين للجناح والناشزين على المجتمع الذين يسببون مشكلات عائلية واجتماعية وكذلك المتواكلين الذين يعيشون بالقوة والعنف عالةً على أمهاتهم وآبائهم أو أقاربهم ومجتمعهم.

تصنيف مورجان لنوعيات الشخصية السيكوباتية:

اتفق العالم (مورجان) مع (بولز، ولاندز) في تقسيم الانحراف السيكوباتي إلى تسعة أنواع:

(١) النوع الخارج أو الناشز: وأفراد هذه الفئة يظهرون ضعفاً ظاهراً في الخلق؛ مع شعور بعدم الأمان في داخل نفوسهم ويظهر في سلوكهم الغرابة المميزة.

(٢) المتجولون: يتصف أفراد هذه الفئة بعدم القدرة على التحكم في رغباتهم لا سيا رغبة الانتقال من مكان لآخر دون سبب واضح، ودون هروب من سلطة القانون لأنهم في الغالب ليس لديهم مرض الإجرام.

(٣) المتعصبون: وهؤلاء قد يكونوا من المصابين (بالبارانويا) ويشمل هذا النوع المصلحين وأصحاب النشاط الديني المتشدد. وهؤلاء يميلون للكفاية الذاتية وهم متشوقون للعظمة، ويتصفون بسرعة الغضب، وليس لديهم من روح المرح شيء يذكر.

(٤) المتعبون المقلقون: ويصعب أن يفهمهم الناس كما يصعب عليهم فهم الآخرين، وليس لديهم إدراك لمشاعر الغير أو رحمة بهم. ويتميزون بالاهتمام بذواتهم فقط، ومواقفهم عموماً غير اجتماعية ومعظمهم مصابون بالبارانويا.

(٥) المجرمون عديمو الشعور: وهؤلاء يقترفون أعمالاً عدوانية وفيها عنف ضد أشخاص آخرين أو جماعات دون القدرة على التحكم في اندفاعاتهم، ودون إحساس بالخطأ أو شعور بالذنب.

(٦) السيكوباتيون الانفجاريون: وهم شبيهون بعديمي الإحساس من المجرمين، ويوجد لدى هذا النوع بحالات الغضب الانفجاري وقد يتجه السلوك العدواني للفرد نحو نفسه فينتحر.

(٧) السيكوباتيون المكتئبون: الفرد في هذه الفئة لا يقدّر نفسه، وينظر للمستقبل نظرة متشائمة، وكل شيء في حياتهم يهددهم بالخطر، وكثيراً ما يفكرون في الانتحار بسبب كثرة همومهم.

(٨) أصحاب النقص الخلقي: وهم القادرون على القيام بالأعمال المدرسية وغيرها من الأعمال العقلية ولكنهم لا يستطيعون ملاءمة أنفسهم لمطالب المجتمع، وهؤلاء الأفراد لا يعرفون ما نسميه خطأً أو صواباً لأن سلوكهم أناني لا يراعون فيه حقوق الآخرين أو مشاعرهم أو مصالحهم.

(٩) المرضى بالكذب: وهم الذين يسردون من القصص ما يخرج عن الحقيقة وحدود المعقول. وهم لا يفيدون من ذلك شيئاً سوى الارتياح لغير سبب، وكاتبو العرائض الكاذبة.

ويرى كثير من علماء الطب النفسي أمثال (بيرو، وهندرسون، وجلزباي) أن الانحراف السيكوباتي يرجع للوراثة والعوامل الاستعدادية: Hereditary + Inborn ويدعمون رأيهم بالاعتبارات الخمسة التالية[١٦].

١ - الاضطراب السيكوباتي يحدث غالباً في الطفولة المبكرة.

٢ - عندما يتم تكوينه يستمر السلوك السيكوباتي عادة مدى الحياة ولا يقبل العلاج كثيراً.

٣ - ينتشر الانحراف السيكوباتي عادةً بين أكثر من فرد واحد من أفراد الأسرة الواحدة.

٤- إن الشخصية السيكوباتية تقاوم كل وسائل العلاج.

٥- إن الأطفال الذين تبدو عليهم مظاهر الانحراف وعدم التوافق بسبب سيكوباتي تظهر عليهم أعراض ذبذبات مخية معينة كما تقاس بجهاز قياس ذبذبات المخ.

أما علماء البيئة من السلوكيين فإنهم يقرون أهمية فترة الطفولة ولكنهم يرون أن- المؤثرات الاجتماعية: Social Influences تلعب الدور الرئيسي في تكوين الانحراف السيكوسوماتي. وحين تكون هذه المؤثرات هدامة وسلبية فإنها تكوّن لدى الطفل استجابات غير اجتماعية.

وفي تقديرنا أن ربط الانحراف السيكوباتي بالوراثة قد يكون فيه مبالغة حين نعممه على معظم الحالات، ولا نستطيع إعادته دوماً للوراثة لأننا لم نستطع معالجته؛ فربما يعود ذلك لجهلنا بطرق علاجه. وليس بعيداً أن يكون الانحراف السيكوباتي انعكاساً للمركبات السلوكية المكتسبة: Acquired + Social رغم استعصاء حلها أحياناً في الأساليب العلاجية المعروفة.

ولكي نعطي القارىء صورة واضحة مكثفة عن الشخصية السيكوباتية فإننا نود الإشارة لما ذكره (دافيد كلارك) في دراسته عنها بقوله:

« .. على الرغم من الصورة القاتمة للشخصية السيكوباتية فإننا يجب أن نقول إنه يوجد ميل كبير للتحسن في جميع المظاهر السيكوباتية بمرور الزمن، ويساير ذلك رغبة السيكوباتي بعد فترة إلى الاستقرار، وما يظهر على فمه من عودة ذبذباته إلى الحالة الطبيعية. كذلك لا يجب أن يثنينا عن العمل مع السيكوباتي ما قد يبدو عليه من صعوبة إعادته إلى الحالة

الطبيعية وإدماجه في الحياة العادية، وعلاج هذا النمط من السلوك الثائر الذي نسميه بالشخصية السيكوباتية والذي يتميز بأنه ثائر في مشاعره، ثائر في عدوانه العنيف الوحشي، ثائر في تحديه لكل علاج بل في تحديه للإنسانية جمعاء ».

حواشي الفصل السابع

(١) الدكتور أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس الفيزيولوجي - دار المعارف بمصر)، ١٩٦٨ ص ٢٥٠؛ يؤكد الرأي بأن علماء النفس حالياً منقسمون إلى معسكر شرقي ومعسكر غربي وله في موقفنا آراء صائبة.

(٢) راجع الدكتور أحمد عزت راجح: الأمراض النفسية والعقلية - ١٩٦٤ دار المعارف - القاهرة - ص ١٠٢.

(٣) راجع: الدكتور مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي: دار مصر للطباعة - القاهرة - ١٩٦٧ ص ٢٠٠.

(٤) يدعو (فرويد) استجابات العصاب بالعصاب الحقيقي: True Neuroses وهو في نظر فرويد ومعظم علماء مدرسة التحليل النفسي ناتج عن الكبت والسموم الجنسية: Suppression and Sexual Toxins وهناك العصاب النفسي: Psychoneurosis الذي يعتبره فرويد ناشئاً من مصدر عقلي.

(٥) سيتناول المؤلف أساليب العلاج في كتابه القادم (أساليب العلاج النفسي): تحت الطبع.

(٦) راجع الدكتور محمد عثمان نجاتي: (علم النفس في حياتنا اليومية) ١٩٧٧ (دار القلم) - الكويت - ص ٤٦٣.

(٧) راجع الدكتور أحمد عزت راجح (الأمراض النفسية والعقلية) ١٩٦٤ دار المعارف - القاهرة - ص ١٣٥.

(٨) راجع الدكتور أحمد عكاشة (علم النفس الفيزيولوجي) ١٩٦٨ دار المعارف بمصر - القاهرة.

(9) Okashe, A: Essentials of Psychiatry. The Arab Writer Printing + Publishing House, Cairo, 1967 P. P. 89-90.

(١٠) راجع: الدكتور مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٦٧ مكتبة مصر - القاهرة - ص ٢١٦.

(١١) راجع: نوعيات ونماذج الأفيزيا: للدكتور عطوف محمود ياسين في كتاب [دراسات سيكولوجية معاصرة] ١٩٨١؛ مؤسسة نوفل - بيروت - لبنان.

(١٢) راجع: نفس المرجع السابق: [الأمراض السيكوسوماتية].

(١٣) من أمثلة هذه الشخصية المزدوجة شخصية الدكتور جيكل ومسترهايد للروائي المشهور (ر.ل. استيفنسن) وقصة القس (أنسل بورن) من سكان: (رود آيلند).

(١٤) راجع: الدكتور محمد أحمد غالي: القلق وأمراض الجسم - مطبعة الحلبوني - دمشق ١٩٧٣ - ص ٤٥٨.

(١٥) سيتناول المؤلف في كتابه القادم (أساليب العلاج النفسي) تفصيلاً للأسباب والنظريات المتعددة في تعليل كل مرض وكل نوع؛ علماً بأن المجال هنا مقتصر على عرض شامل للنوعيات. وسيتضمن الكتاب القادم:

- الاتجاهات النظرية المختلفة لتفسير المرض النفسي، والعقلي.
- أساليب العلاج للأمراض النفسية والعقلية.

(١٦) راجع الدكتور مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - مكتبة مصر - القاهرة: ١٩٦٧: ص ٢٦٩.

الفصل الثامن

اضطرابات الشخصية

خطة الفصل المنهجية:

- تمهيد.
- المعايير المميزة في اضطرابات الشخصية.
  (١) المعيار الإحصائي. (٢) المعيار المثالي التحليلي.
  (٣) المعيار الاجتماعي. (٤) المعيار الطبي النفسي.
- تعريف اضطرابات الشخصية.
- نوعيات اضطرابات الشخصية (النمط - السمة - العلاقات).
- اضطرابات في (نمط) الشخصية.
  (١) الشخصية العاجزة. (٢) الفصامية - الانشطارية.
  (٣) الشخصية الدورية. (٤) الشخصية البارانوية - الخيلائية.
- اضطرابات في (سمة) الشخصية:
  (١) العصابية. (٢) غير المتزنة انفعالياً.

(٣) السلبية - العدوانية (٤) القهرية.

(٥) الهسترية. (٦) الوسواسية.

- اضطرابات سيكو- سيسيولوجية:

(١) الشخصية الاجتماعية. (٢) الانحراف الجنسي.

(٣) الإدمان على الكحول. (٤) الاستجابات اللااجتماعية.

(٥) الإدمان على المخدرات.

- اضطرابات سلوكية- اجتماعية:

(١) سوء التوافق المهني والعائلي والاجتماعي والشخصي.

(٢) اضطرابات الغذاء.

(٣) اضطرابات التبول والإخراج.

(٤) اضطرابات النوم.

(٥) اضطرابات في السلوك الظاهر كالبطالة والجناح والجريمة.

الفصل الثامن

[اضطرابات الشخصية]

Personality Disorders

تمهيد: ليس من السهل أو اليسير الفصل الدقيق بين الشخصية السوية والشخصية الشاذة وذلك لاختلاف معنى الشذوذ والسلوك السوي بين مجتمع وآخر وحضارة وثانية وعالم وآخر. وقد أشار (جوردن آلبورت:G.Allport) بأنه تم الوصول إلى (١٨٠) تعريفاً نوعياً للشخصية. ويمكننا تحديد المعايير التي تميز الشخصية الشاذة عن الشخصية السوية بأربعة معايير أساسية[١]:

١) المعيار الإحصائي:Statistical Criterion.

٢) المعيار المثالي التحليلي: Analytic Criterion

٣) المعيار الاجتماعي: Social Criterion

٤) المعيار الطبي النفسي: Psychomedical Criterion

المعاييرالمميزة في اضطرابات الشخصية:

١ - المعيار الإحصائي: ويرى هذا المعيار أن السوي بوجه عام هو من لم ينحرف كثيراً أو إطلاقاً عن المتوسط Average فمن بلغ طوله ثلاثة أمتار

يعتبر شاذاً، وكذلك ذو القوة الجسمية الخارقة أو الذكاء العبقري، أو ضعيف العقل أو ذات الجمال الصارخ أو القبح أو الجنون أو الجرم. وإن هذا المعيار في علم نفس الشواذ يقتصر عادة على الانحراف الظاهر في الناحية السلبية فقط فيضم ضعيف العقل لا العبقري، والعصابي أو الذهاني لا الشخصي ذو الشخصية الناضجة المتزنة. ويوجد لهذا المعيار اختبارات ومقاييس، ويعتبر هذا المعيار أن السواد الأعظم من الناس أسوياء وأن الشواذ المنحرفين هم القلّة القليلة.

٢ - المعيار المثالي التحليلي :

يرى هذا المعيار أن السوي هو الكامل، أو ما يقرب منه فقوة الإبصار السوية ليست قوة الإبصار المتوسطة بل الكاملة. هذا هو المعيار الذي يتجه إليه أتباع مدرسة التحليل النفسي من منطلق هو: «ليست هناك شخصية سوية» وهذا اتجاه معاكس للمعيار الإحصائي ويركز على المرض والشذوذ.

٣ - المعيار الاجتماعي: يرى هذا المعيار أن السوي هو المتوافق مع المجتمع، أي من استطاع أن يجاري قيم المجتمع ومعاييره وقوانينه وأهدافه.

وفي تقديرنا أن ثمة قصوراً وعيوباً في كل معيار وكل واحد منها يكمل الآخر ويتمم نقصه. فالمعيار الإحصائي لا يخلو من عيوب ظاهرة لأنه يجمع بين ضروب من السلوك الظاهر دون اعتبار لأسبابها. فهو يجمع بين هذيان المجنون الذي يعتقد (أنه نابليون) أو أن جميع الناس يضطهدونه ويكيدون له، وبين هذيان الإنسان البدائي الذي يعتقد أن ابنه مات نتيجة سحر ساحر أو أن رب القبيلة يرتاب منه ويكيد له. فرغم ما بين هذين السلوكين

من تشابه ظاهري إلا أنها يختلفان كل الاختلاف من حيث أسبابها.

وهكذا نلاحظ أن الانحراف ذاته من - منظار الطب النفسي - لا يجعل السلوك شاذاً لذاته، وإنما الذي يجعل السلوك شاذاً هو سبب الانحراف.

ومن عيوب (المعيار الاجتماعي) - في اعتقادنا - أنه يختلف من حضارة إلى أخرى. فكشف العورة علانية في الطريق أمر اعتيادي لدى بعض الشعوب البدائية أو القبائل المعاصرة. لكنه في إطار - الحضارة العربية - سلوك شاذ تعاقب عليه القوانين. والانتحار في الحضارة الغربية مؤشر لاضطراب نفسي أو عقلي ولكنه في اليابان ظاهرة اعتيادية في بعض الظروف، وهل تسليمنا المطلق بالمعيار الاجتماعي يجعل الفرد منقاداً للجماعة حتى لو اتفق جميع الأفراد على استعمال المخدرات أو الإدمان على الكحول أو العراء كسلوك عام؟

٤ - **المعيار الطبي النفسي**: يرى هذا المعيار أن الشخصية الشاذة ما يعود أساس انحرافها إلى صراعات نفسية لا شعورية، أو تلف في الجهاز العصبي. ومن مزايا هذا المعيار أنه يمكن تطبيقه على أي مجتمع وأنه يتفادى عيوب المعيارين الإحصائي والاجتماعي، ولكنه ليس كاملاً بمفرده.

وفي تقديرنا أن الشذوذ والسلوك السوي يتداخل بعضها في بعض، بحيث لا يمكن تحديد (الحد الفاصل) بينها في بعض الأحيان تحديداً حاسماً، غير أن هناك طرازاً من الشخصية الشاذة لا يرقى الشك إلى شذوذها وذلك لما تتسم به من سمات باثولوجية - مرضية ملحوظة.

تعريف اضطرابات الشخصية:

هي الاضطرابات التي تتضمن انماط الشخصية، أو سماتها، أو علاقاتها بالمجتمع أو اضطرابات فيزيو - شخصية وظائفية.

نوعيات اضطرابات الشخصية:

١) اضطرابات في نمط الشخصية: Disorders of Type

أ- الشخصية العاجزة: Inadequate

ب- الشخصية الفصامية الانشطارية: Schizoid

جـ- الشخصية الدورية: Cyclothymic

د- الشخصية البارانوية الخيلائية: Paranoid

٢) اضطرابات في سمة الشخصية: Form

أ- العصابية: Neurotic

ب- غير المتزنة انفعالياً: Instable Emotionally

جـ- السلبية - العدوانية: Passive- Aggressive

د- القهرية: Compulsive

هـ- الهسترية: Hysterical

و- الوسواسية: Obsessive

٣ - اضطرابات سيكو - سيسيولوجية: **Psycho- Social**

أ- الشخصية ضد الاجتماعية: Anti- Social

ب- الانحراف الجنسي: Sexual- Deviation

جـ- الإدمان على الكحول: Alcohol- Addiction

د - الاستجابات اللاإجتماعية: None- Social

هـ- الإدمان على المخدرات: Drug- Addiction

٤ - سوء التوافق المهني في العمل، أو سوء التوافق العائلي أو الاجتماعي أو الشخصي.

٥- اضطرابات الغذاء.

٦- اضطرابات التبول والإخراج.

٧- اضطرابات النوم.

٨- اضطرابات في السلوك الظاهر كالبطالة والتمرد والانسحاب والمشاكسة والانتحار والجريمة والجناح وغيرها[٢]...

بعد هذا العرض الموجز الشامل لأبرز الاضطرابات التي تتعرض إليها الشخصية نود أن نتناول - فقط - أكثر هذه الاضطرابات خطورة وإلحاحاً في المجال الإكلينيكي.

١ - اضطرابات في نمط الشخصية:

أ- الشخصية العاجزة: **Inadequate Personality**

ويتسم أفراد هذه الفئة بنمط دائم من الفشل والعجز المزمن عن الوفاء بمطالب الحياة اليومية. وحياتهم عبارة عن سلسلة من المشكلات التي لا يمكن حلها بكفاية. وهم ليسوا ضعاف عقول وليس لديهم أية عاهة جسمية وإنما هم فاشلون في الارتفاع إلى مستوى قدراتهم التي يمتلكونها فعلاً. ويتسم سلوكهم عموماً بالأحكام الضعيفة والسخف وعدم القدرة على التكيُّف. ويفتقر نمط حياتهم للتبصر والتخطيط والمثابرة. فالطاقة واهنة، والدافع ضعيف، والهدف عاتم. ومعظمهم يوجدون في ملفات البطالة أو السجون أو قطاعات المجتمع الفقيرة ذات الدخل المحدود.

ب- الشخصية الفصامية الانشطارية: **Schizoid**

وتتسم بالابتعاد عن الغير وعن القدرة على الاندماج في علاقات شخصية مع الآخرين، والابتعاد عن الاحتكاك المباشر بالحياة. وفي هذا النمط من الشخصية جنوح في أحلام اليقظة والتفاف حول الذات، وتعويض وإشباع في تخيلات بارانوية. يزداد عند هذه الشخصية الخوف والجبن وتجنب المنافسة. وفي مرحلة الطفولة نجد أفراد هذه الفئة يتسمون بالإطاعة الشديدة، والخجل المفرط، والحساسية الزائدة، والانسحاب الكامل، والانطواء. وتكون بداية المرض في مرحلة البلوغ.

ويتسم سلوك أفراد هذه الفئة بأطوار غريبة ومثالية بعيدة عن الواقع فإذا ألفوا كتباً فإنها لا تنشر وإذا اخترعوا شيئاً فإنه لا يعترف أحد به.

ويعتبرون شخصيات فصامية قبل الذهانية. وحين تتحول الشخصية الفصامية Schizophrenic إلى ذهانية Psychotic يصبح شفاؤها وعلاجها صعباً وضعيفاً. ونادراً ما يوجد لدى هؤلاء الأفراد أي دافع عاطفي.

جـ - الشخصية الدورية: **Cyclothymic**

وهي اضطراب في (نمط الشخصية). ويتسم أفراد هذه الفئة بانبساط ومودة شديدين حتى يبدو للناس أنهم عاديون وكثيرو السخاء والنشاط والكرم في كل مجال، وسرعان ما تنقلب حالتهم إلى هياج وغضب بمجرد أن يصادفوا شيئاً يعرقل رغباتهم ودوافعهم.

أما مزاجهم فهو سريع التقلب من مرح وسعادة إلى حزن وكآبة راجعة- لعوامل نفسية داخلية- أكثر من كونها- مؤثرات خارجية- ولا يوجد في هذه التقلبات المزاجية أية جوانب ذهانية ولكن حين تشتد تتحول إلى استجابات الهوس والاكتئاب المتقلبة[٣].

د- الشخصية البارانوية: **Paranoid**

وتتسم هذه الشخصية بالحساسية المفرطة في العلاقات الشخصية وتميل لإسقاط الشك والحسد والغيرة الشديدة على هذه العلاقة.

والشخص المصاب بالبارانوية هو عموماً شرس في سلوكه ويعاني صعوبة في التعامل مع الآخرين ويواجه الإحباط بالقوة والعدوان ويوجد بينهم الكثير من السياسيين أو أدعياء الإصلاح والمبادىء. وقد يدفعهم الضغط الشديد إلى ذهان بارانوي، وتتعدد أنواع البارانويا من اضطهادية إلى

تفاخرية متعاظمة وتكثر فيها الهذاآت. وسنتعرض لحديث مفصل حولها في الفصل القادم (التاسع) مع الحديث عن الأمراض العقلية من ذهان، وفصام، وغيرها.

٢ - اضطرابات في سمة الشخصية:

أ- الشخصية العصابية: **Neurotic** وتتسم بالتوتر، والتغير المزاجي السريع، وسرعة الغضب، والحساسية المفرطة، وعدم الشعور بالأمن النفسي. تعيش في الواقع ولكنها من الداخل مقيّدة بضغط شديد أشبه ما يكون بسجن داخلي. الخلل فيها جزئي وليس في كامل الشخصية. وتعاني أحيانا فهماً وتفكيراً بطيئين، وتتسم بسلوك جامد ومتكرر لا تجديد فيه، وسرعة في الملل والضيق، وتشتت في الذهن وعدم قدرة على التركيز وضعف إرادي عام. ومع ذلك فالشخصية العصابية تتعاون للعلاج ولا ترفضه كما هي الحال في الشخصية الذهانية.

ب- الشخصية غير المتزنة انفعالياً: **stable Emotionally**

وتشمل فئة الأفراد الذين يندمجون في حالات انفعالية شديدة بمجرد وقوعهم تحت ضغوط خفيفة. يحبون الجدل والمشاكسة، ويطير صوابهم في حالات الحوادث والكوارث ويصابون بنوبات هسترية. علاقاتهم بالآخرين تتصف بالتقلب والهوائية. وفي حالة الهياج الانفعالي تتعطل أحكامهم وينهار عندهم الضبط الإرادي، ويطلق عليهم لقب السيكوباتيين غير المتزنين انفعالياً.

جـ - الشخصية السلبية - العدوانية: **Passive- Aggressive**

وترتبط بهذه الشخصية ثلاث سمات وهي:

(١) النمط السلبي الاتكالي: The Passive dependent type

(٢) النمط السلبي العدواني: The Passive aggressive

(٣) النمط العدواني: The aggressive type

وقد نرى أحياناً الأنماط الثلاثة عند نفس الشخص.

ويتسم أفراد هذه الفئة عموماً بسلوك يشبه سلوك الأطفال، ويبدو لديهم العجز وعدم القدرة على حسم الأمور. وتضايقهم المسؤولية ويصابون بالذعر والقلق فهم في حاجة ماسة للسند العاطفي القوي في كل المواقف. علاقاتهم الإنسانية بالآخرين هي ذات (طرف واحد) لا تشبعهم ولا تشبع الآخرين. ومنهم من يتصف بالروح العدوانية، وتظهر كراهيتهم في العبوس والتجهم والعناد ويقومون بالمقاومة السلبية والمناورات المعرقلة الخبيثة. ومنهم من يتذمرون بشكل مرضي ويأخذ الإفصاح عن عدوانهم شكل نشر الشائعات والامتلاء بالحقد والضغينة وليس لديهم أي نضج شخصي أو ضبط إرادي.

د - الشخصية القهرية: **Compulsive- Personality**

يتصف أفراد هذه الفئة بالدقة والتنظيم إلى حد مفرط، وضمير قاس في التمسك بالمعايير الاجتماعية والخلقية مما يضايق الكثيرين من حولهم. وتبرز المشاكل بوضوح في علاقاتهم الشخصية بالآخرين. وهم يميلون لفرض

معايير على الآخرين مما يسبب للناس الضيق والكدر منهم. وهم يتشابهون في سلوكهم مع العصابيين القهريين.

هـ الشخصية الهسترية: **Hysterical**

ويتصف أفراد هذه الفئة بعدم الاستقرار الانفعالي، والنوبات الهسترية، والتقلُّب المزاجي، والتوتر، وهم عاجزون عن مواجهة مشاكل الحياة وهاربون من المسؤولية. اتكاليون على غيرهم ومتلهفون للعطف من غيرهم. عقلهم خفيف ويتسمون بااللامبالاة.

و- الشخصية الوسواسية: **Obsessive**

يتسم أصحاب هذه الفئة بتسلط أفكار وسواسيّة غريبة على عقولهم كوجود أشخاص يضعون لهم السم في الطعام وهذه الوساوس نوع من العصاب القهري لا خيار للإنسان بها لأن المريض لا يعرف لها سبباً.

٣ - اضطرابات سيكو - سيسيولوجية:

أ- الشخصية ضد الاجتماعية: **Anti-Social** ويصنف مع هذه الفئة أولئك الذين يهملون المعايير الاجتماعية ويعانون صراعاً مع القيم وكثيرون منهم يتحولون إلى لصوص ومتشردين ومحترفين للدعارة. ويدينون بالولاء فقط لجماعتهم الصغيرة الخارجة على تقاليد المجتمع وأعرافه. ويرى معظم علماء النفس أن سلوكهم المضاد للمجتمع ليس ناتجاً عن عجز في بناء شخصيتهم وإنما ناتج عن دروس وأنماط سلوكية تعلموها من البيئة والأسرة والمجتمع الذي عاشوا فيه.

ب- الانحرافات الجنسية: Sexuel Deviations

تعتبر الغريزة الجنسية من أقوى الدوافع في سلوك الفرد وشخصيته، ومن أكثرها أثراً في سلوكه وصحته النفسية. وتلعب العوامل النفسية دورها في هذا الدافع كما تلعب العوامل العضوية ولا سيما الهرمونات التي تفرزها الغدد الجنسية.

والانحراف الجنسي هو السلوك الذي يستهجنه المجتمع ويتعارض مع قوانينه ومعاييره وأعرافه. وهناك من العلماء من يربط هذه الانحرافات بحالات عصابية، أو صراعات لاشعورية يعانيها الفرد وتبدأ لديه منذ طفولته.

والذي يهمنا في هذا المجال استعراض أهم هذه الانحرافات التي تزيد في العصر الحديث على (عشرين نوعاً):

(١) الجنسية المثلية: Homosexuality وهو ميل جنسي قوي عند الفرد إلى فرد آخر من نفس الجنس. وقد يكون هذا النوع من الحب الجسدي متبادلاً وقد يمارسه طرف واحد كما يقوم على الاهتمام بشخصية الفرد الآخر أو عمله. ومن أفراد هذه الفئة من يشعر بخوف وذعر وتقزز من أفراد الجنس الآخر وتكون مشكلته أعمق. وحين تنتشر هذه العلاقة الانحرافية بين الذكور يطلق عليها - اللواط - وحين تنتشر بين الإناث يطلق عليها - السحاق - أو (اللزبانية) Lesbianism .

(٢) الفتيشية: Fetichism ويكون فيها موضوع الحب (الأدوات) التي يستخدمها الجنس الآخر كالملابس الداخلية أو المنديل أو حالة الثديين أو

قطعة من الثياب كالجوارب أو القميص. فمصدر اللذة هنا هو الرمز وليس الشخص.

(٣) السادية: Sadism وهو نوع من الانحراف الجنسي لا يستطيع الفرد إشباع رغبته الجنسية إلا بإيلام الآخرين؛ وقد يكون التعذيب تمهيداً ضرورياً للإرضاء، أو إشباعاً لرغبة الطرف الآخر، وفي بعض الحالات يكفي التعذيب وحده للظفر بالنشوة الجنسية.

وقد يكون التعذيب جسدياً أو نفسانياً. فقد يتناول الشتم أو الإهانة والإذلال والتحقير أو الضرب بالسياط أو العصا أو الوخز بالإبر، أو إسالة الدم أو تشويه الجسم إلى حد القتل.

وقد يكون بطريقة الاغتصاب الجنسي وغيره، ويبدو هذا الانحراف عموماً أكثر شيوعاً بين الرجال وقليلاً ما يوجد عند النساء.

(٤) الماسوشية - الخضوعية: Masochism وهو نوع انحرافي يمثل صاحبه دور الخضوع بالتألم على يد شخص آخر (عكس الحالة في السادية)، ويرتوي الشخص هنا ويشبع إذا قاسى الألم ويقال عنه (ماسوكيست: Masochist) وهؤلاء يشعرون بالحاجة لعقاب أنفسهم وهو عموماً انحراف نسائي.

(٥) الاستعراض والاستعراء: Exhibitionism هناك نوع من الأفراد المنحرفين لا يجدون لذة إلا في حالة العراء والاستعراض لأجسادهم أو أجسادهن أمام الآخرين كشكل من أشكال إثبات الذات.

(٦) العنة أو الارتخاء العناني: Impotence

وهو حبسة جنسية تصيب بعض الرجال حيال بعض النساء مع وجود

الرغبة عند الفرد، وقد تكون كلية أو جزئية. ففي الاولى يتخاذل الرجل حيال كل امرأة، وفي الثانية حيال فريق خاص من النساء؛ وقد تكون أسلوباً للانتقام من المرأة لسوء معاملتها له. ويتخذ هذا العيب أشكالاً متعددة، فحين يكون ضعفاً وارتخاء يطلق عليه: Impotency وحين يكون (قذفاً سريعاً) يطلق عليه: Pre-Mature Ejaculation وهو القذف المبتسر. ويقابل هذا العيب عند النساء (برودة المرأة): Frigidity أو تشنج المهبل وتلك حالة على غاية من الصعوبة لا يجد الرجل بها أي تجاوب من المرأة، وقد تظهر المشكلة بشكل معاكس هو (الشبق الجنسي أو الجنون الجنسي) الذي يوجد عموماً عند النساء ويطلق عليه: **Hymphmania** وعند الرجل ويطلق عليه: (الدموية الجنسية) **Satyriasis**.

ويربط علماء النفس بين مشكلة العنة والبرود الجنسي والقذف السريع والجنون الجنسي بخلل يرتبط في الجهاز العصبي والهرمونات والغدد والصراعات النفسية للفرد مع عائلته ووالديه وطفولته. ويرون بأن العلاج النفسي هو من أهم وأنجح طرق علاجها والتغلب عليها.

(٧) النرجسية والانغماس في الإشباع العضوي للفرد **Narcissism**

النرجسية هي حب الفرد لذاته وجسده والانغماس في ملذاته الجسدية، والإعجاب في رؤية الجسم على المرآة عارياً ومغازلته والإعجاب بكل شخص مشابه له في الجسم والملابس. وتنعكس النرجسية بأشكال عديدة كمص الإبهام وقضم الأظافر، ومضغ اللبان أو الدخان، ومصمصة الشفاه وعضها أحياناً وكلها تعبير عن صراعات عصابية لا شعورية، وتعويض عن رغبات مهزومة غير مشبعة.

(٨) العكس الجنسي والقلب الجنسي:The Opposite Sexual Role

القلب الجنسي هو حالات يأخذ الفرد فيها بمميزات الجنس الآخر فالذكر قد يلعب (دوراً خنوثياً) حين يجد نفسه فجأة وسيم الشكل، ناعم البشرة، شديد البياض، حلو التقاطيع، ناعم الصوت، ضيق الكتفين، جذاباً، أقرب إلى طبيعة الأنثى منه إلى طبيعة الذكر، حتى أن بعضهم يلبسون ملابس النساء ويرتدون (الشعر الاصطناعي) على رؤوسهم ويضعون (المكياج والعطور) حتى يصعب على الإنسان تمييزهم عن أي أنثى حتى في الأعمال المنزلية والأنثوية.

والأنثى تلعب (دور الذكر) لا سيما حين تجد نفسها بيولوجياً مفتولة العضلات، خشنة الصوت وتلعب الهرمونات والأجهزة الغددية والعصبية دوراً جوهرياً في هذا العكس الجنسي.

(٩) حب الحيوانات: Animals' love

يندفع الفرد في هذا الاتجاه لانعدام القدرة لديه على التوافق في الحب البشري - الطبيعي. وتزداد هذه الظاهرة انتشاراً في المجتمعات الغربية التي لا ترى عيباً في محبة الكلاب والقطط حباً جسدياً وجنسياً. وقد صورت المجلات والأفلام حول هذا النوع من الانحـراف، الغريب في - حضارتنا - والطبيعي في - حضارات أخرى - صوّرت صوراً تتقزز منها النفوس، حتى وصل الحب النسائي للكلاب في الغرب ما يفوق حبهن لأطفالهن وأزواجهن.

وأقيمت للكلاب المعارض الخاصة، والمسارح، والصالات والمؤسسات،

والنوادي، وحتى المقابر الخاصة عند موتها. وفي تورونتو بكندا مؤسسة للعناية بالكلاب وصلت ميزانيتها السنوية إلى ٥,٠٠٠,٠٠٠ دولار.

(١٠) العلاقات الجنسية الجماعية والزواج المفتوح: Group Sex and The Open Marriage

شاعت في السنوات العشر الأخيرة في أوربا والولايات المتحدة وأوستراليا ظاهرة اللقاآت الجنسية الجماعية بين أصدقاء الزوجين بنظام (الزواج المفتوح)[٤] وخارج نطاق الأسرة بين الأصحاب والصاحبات، وبين الأب وابنته والأم وابنها، وضاعت حقيقة النسب للابن إلى أب شرعي أو نسب البنت إلى أم شرعية، ويشبه هذا النظام (نظام السفاح) الجاهلي الذي كان منتشراً في الجزيرة العربية قبل الإسلام. وأصبحت الظاهرة الجماعية جنسياً: Group Sex نمطاً حديثاً للتحرر في منظار الحضارة الغربية، وقد انتشر في الولايات المتحدة وكندا ما يزيد على (٣٠٠) نادٍ للعراة يتركز معظمها في كاليفورنيا وفلوريدا.

(١١) الجنس الأورلي والحب اللساني: Oral Sex

يعتبر هذا النوع من الانحراف - سلوكاً اعتيادياً - في إطار الحضارة الغربية شرقية كانت أم غربية. ويستعمل فيه الرجل والمرأة اللسان كأداة للحصول على اللذة ويطلق على هذه الطريقة (الطريقة الفرنسية) في الحب.

وتشترك الحيوانات في هذا الأسلوب في معظم الحالات. وثمة انحرافات جنسية عديدة بدأت الحضارة الغربية بتصديرها إلينا خلال وسائل الإعلام وأدوات الثقافة والأفلام وعشرات الجسور الأخرى. وما لم نزود أطفالنا

وشبابنا في الوطن العربي بتنشئة اجتماعية علمية ونفسية فإن العاقبة وخيمة.

وقد أشار الدكتور محمد عثمان نجاتي في كتابه: علم النفس في حياتنا اليومية،[٥] إلى بعض الاستنتاجات التي توصل إليها علماء متخصصون أمثال: (كينزي، وجونسون، وماستر Kinsy, Jhonson + Master)، حول الانحرافات الجنسية في الولايات المتحدة الأمريكية، والتي تتلخص بالتالي:

(١) إن النشاط الجنسي في الولايات المتحدة يتراوح من حيث عدد المرات بين (٠-٢٩) مرة أسبوعياً.

(٢) تبين أن (٥١٠٠) رجل من أصل (٥٣٠٠) رجل بحثت حالاتهم الجنسية واعترفوا بأنهم زاولوا العادة السرية Masturbation ، وهذه النسبة تصل إلى (٩٠ - ٩٥٪) من العينة المدروسة.

(٣) إن (٥٠٪) من الرجال الذين درست حالاتهم اشتركوا في عمليات (جنسية مثلية).

(٤) إن (٤٠ - ٥٠٪) من الرجال الذين كانوا يعيشون في الريف قاموا بنوع من الاتصال الجنسي مع الحيوانات.

وفي تقديرنا أن (السرطان الجديد) الذي بات يهدد أوربا وكندا وأوستراليا والولايات المتحدة الأمريكية هو ظهور حركات قوية لمنظمات الشذوذ الجنسي في لندن وباريس وبون وكوبنهاجن واستوكهولم وروما، وفي شيكاغو ونيويورك ومونتريال وأوتوا وتورونتو وسان فرنسيسكو ولاس أنجلوس، وأصبح لهذه المنظمات أعضاء في البرلمان ووزراء في الحكومات، ومراكز وقوانين ومجلات ونوادٍ ومطابع ومدارس خاصة بهم.

ويطلق على هذا (السرطان الاجتماعي):

The Gay Liberation Movement

The Lesbian Liberation Movement

ويشير العالم (ماستر: Master) بأن عدد النوادي الخاصة في منظمات الشذوذ الجنسي في نيويورك وحدها وصل إلى (٤٦٥) نادياً وفي سان فرنسيسكو إلى (٢٥٠) نادياً. وتلك ظاهرة بدأت تمتص حركة تحرير المرأة في أمريكا من خطها النظيف إلى طريق منحرف:

Woman Liberation Movement.

وبدأ النساء يطالبن بعدم زواج الرجل لأن بإمكانهن التمتع باللذة مع بعضهن ولم يعد هناك حاجة للأولاد نظراً للتطورات المعقدة لهذا العصر. وكرد فعل لهذا الاتجاه ظهرت حركة جديدة لتحرير الرجل:

Man Liberation Movement.

لترد على ادعاآت المرأة الأمريكية وتحرر الرجال من سطوتها.

وتلك صورة مصغرة أمام الوطن العربي وأبنائه لما تعانيه الحضارة الغربية من (تصدعات) وانحرافات، على الرغم من التقدم العلمي والتكنولوجي المذهل الذي وصلت إليه.

ويؤكد معظم علماء التحليل النفسي بأن الانحرافات الجنسية عند الكبار ما هي إلا الجنسية الطفلية مضخمة ومفككة إلى عناصرها ومكوناتها الجزئية. فالشخص الكبير المنحرف شخص ظل موضوعه الجنسي طفلياً.

بينما يرى السلوكيون بأن الانحرافات الجنسية هي سلوك متعلم من البيئة والمجتمع والأسرة والمدرسة والمحيط. ولو أحسن المربون عمليات التنشئة الاجتماعية الصحيحة لكان بإمكانهم أن يتداركوا هذه النوعيات من التصدع والزلل.

ويرى علماء آخرون أن الانحراف الجنسي يأخذ طابع التثبيت في الشخصية: Fixation الذي ينجم عن أحد أمرين:

(١) الإشباع الشديد للغريزة في مرحلة الطفولة، إشباعاً فموياً Through The Mouth يجعل الطفل يجد صعوبة في التخلي عنها أو يجعله يحن إلى العودة إليها حين يكبر.

(٢) كبحها كبحاً شديداً بما يؤدي إلى كبتها ثم ظهورها على شكل انحرافات فيما بعد.

ويضيف علماء النفس الفيزيولوجي عامل الاضطراب الهرموني في الغدد أو الأعصاب. ومهما تكن الأسباب فإن الانحرافات الجنسية بما يحيط بها من مخاوف وبما تحتويه من صراعات لا شعورية إنما تعتبر من أخطر مشكلات الحضارة الحديثة التي عزلت الفوارق من حيث (الدور الاجتماعي: Social Role) فأصبح من العسير التمييز بين دور المرأة التي تركت المنزل وانخرطت في العمل والصناعة وبدأ الرجل يمثل في الحياة دوراً جديداً يختلف فيه عما كان عليه سابقاً. ولهذا تشير العالمة الشهيرة الأنثروبولوجية (مرغريت ميد M. Mead) إلى أن (مشكلة الدور) هي التي ولدت وتولد الانحرافات الجنسية ويؤيدها بذلك العالم الشهير (إريك فروم E. Fromm).

وطبيعي أن تلتقي أعراض الانحرافات الجنسية مع أعراض العصاب

لوجود التشابه بينهما من كبت الدوافع والحاجات الأساسية للفرد، وظهور حالات التوتر وردود الأفعال.

جـ - الإدمان على الكحول: **Alcohol Addiction**

الإدمان على الكحول اضطراب من اضطرابات الشخصية في نظر علماء النفس ووسيلة للتنفيس عن الكبت والكآبة والضيق. ويحدث أحياناً كمرض لاضطراب عقلي دون وجود ذهان أو عصاب لأنه في حد ذاته اضطراب في الشخصية وتقدر الاحصائيات أن عدد المدمنين في الولايات المتحدة على الكحول لعام ١٩٧٣ قد وصل إلى ٣,٠٠٠,٠٠٠ شخص بين ذكر وأنثى من مختلف الأعمار وأصبح سبباً رئيسياً في غياب العمال عن أعمالهم وظهور الحوادث الصناعية من اصطدام إلى خسائر كبيرة. وبالتالي تحولت هذه المشكلة إلى مشكلة اجتماعية حادة تهدد العائلة بالتفكك الكامل. وقد كان سائداً بأن إدمان الخمور يتحول إلى عادة متسلطة فهناك تفسير فيزيولوجي وفطري، وظروف جسمية مرتبطة بالأنسجة وعوامل اجتماعية من صدمات وصراعات وعوامل سيكولوجية يرى الفرد خلالها بأن - الكأس - هي المتنفس الوحيد أمامه.

وقد أثبتت الدراسات الحديثة بأن تأثير الكحول في البداية يبعث في الجسم نوعاً من التنبيه والإثارة وسرعان ما تتحول الإثارة إلى ارتباك وكآبة لازدياد نسبة الكحول في الدم وارتباطها في إحداث التهبيط في مراكز المخ العليا وبعد ذلك تؤثّر الكحول على مراكز التآزر الحركي العصبي وقد يؤدي لفقدان القدرة على الكلام أو اللجلجة ولكل فرد طاقة جسمية خاصة به لإحداث الردود على الإدمان. إن الذاكرة والانتباه

والحساسية والتوازن كلها تتأثر حتماً بالكحول.

وقد قسم العالم (ميرفي Murphy) في دراسته عن المدمنين أفراد هذه الفئة إلى نوعين[٦]:

(١) المتعاطين الأساسيين: Essential Alcoholics.

(٢) المتعاطين المستجيبين: Reactive Alcoholics.

فالمدمن (الأصلي) يبدأ الشرب ويعاني التسمم الكحولي في عمر مبكر نسبياً. أما (المستجيب) فليس لديه تاريخ طويل للتسمم المبكر والمتكرر وهو يشرب الكحول في- المناسبات الاجتماعية. وتوجد اختبارات طبية سيكولوجية للكشف عن انتشار الكحول في الدم ومعرفة أبعاد المشكلة ودرجة شدتها ومدى عمقها. وتتولى العيادات والمستشفيات القيام بذلك. ونظراً لأن إدمان الكحول من المشكلات الحضارية الأولى في الغرب فقد ظهرت هيئات ومؤسسات اجتماعية كمؤسسة (المدمن المجهول): Alcoholics Anonymous لمساعدة المدمنين في التخلص من مشكلتهم وإيجاد برامج علاجية وتأهيل مهني لهم مع الرعاية والتثقيف والتوجيه. واستطاع هذا البرنامج الشائع في أمريكا وكندا وأوستراليا وبريطانيا النجاح بنسبة ٥٠ - ٧٥٪ من الحالات التي يقوم بالاهتمام بها ولكن المشكلة تظل قائمة في الأسرة والبيئة والمجتمع. ولا سيا حين ترفض المستشفيات استقبال هؤلاء المدمنين وتغص بهم وبهن المؤسسات فيصبح البديل الوحيد إرسالهم إلى (السجون) وهناك تزداد المشكلة حدة وتترعرع وتنمو من جديد.

ويعتبر (مركز كلارك) في تورنتو بكندا و(مركز ييل) Yale بأمريكا من أعظم المراكز لدراسة شؤون الإدمان على مستوى علمي رفيع وتخطيط برامج العلاج والرعاية لأفراد هذه الفئة.

د - الاستجابات اللااجتماعية: Anti-Social :

يعكس هذا النمط من السلوك عموماً ضعف الحكم وعدم النضج الانفعالي وعدم تقدير نتائج السلوك ويتضمن حوادث الجناح والسرقات والاعتداء والمشاكسة وبعض الجرائم. ومن العلماء من يعيد سبب هذا السلوك لاضطرابات تنموية تكوينية في شخصية الفرد كخلل في الوظيفة النيورولوجية للدماغ لإصابة مباشرة أدت إلى تغيرات في الدماغ. أو وجود الالتهاب السحائي أو غيره. وقد كشف التصوير الكهربائي للدماغ وجود هذه الأسباب التكوينية فوجد من دراسة لعينة عدد أفرادها ٦٠٠ شخص حوالي ٨٠٪ منهم لديهم موجات مخية (شاذة) واعتبرت حداً فاصلاً بين السلوك العادي والشاذ: Borderline ويركز علماء النفس على ديناميات هذا الاضطراب في إطار الشخصية كلها. وتعكس الشخصية اللااجتماعية حالات الإهمال من الأبوين أو التدليل أو ضعف(التوحد الذاتي)مع المجتمع.

فالإهمال يظهر في البيوت(الباردة انفعالياً)والتي ينقص أفرادها الحب والعطف والرعاية؛ والتدليل الشديد يولد كراهية المسؤولية، والاتكالية وضعف الثقة بالنفس والانهيار أمام أي صدمة والتعويض عن الفشل بالعدوان على المجتمع ومعارضته.

أما عدم توافر التوحد في عملية (التنشئة الاجتماعية) فتولد للفرد مشكلة عدم الانسجام مع الأنماط والمعايير الاجتماعية. فهو يعاني انقساماً داخلياً بنفسه وانعزالاً عن مجتمعه ومعايير ذلك المجتمع: Lack of Social Integration.

وقد كشفت دراسات قام بها العالم (كولمان) عن سمات الفرد اللااجتماعي

التي يمكن تحديدها بالتالي:

(١) العجز عن فهم القيم الخلقية الاجتماعية، فالأفراد يظهرون فقط طاعة شفوية لقيم المجتمع الخلقية ومعاييره.

(٢) الفارق الكبير بين مستوى ذكاء الفرد ومدى نمو الضمير لديه. فذكاؤه متوسط أو فوق الوسط وضميره ووجدانه أقل نضجاً بكثير.

(٣) الاندفاع المتمركز حول الذات: The Ego وعدم تحمل المسؤولية؛ وعدم القدرة على كبح الجماح النفسي وضعف القدرة في اتخاذ القرار وتقدير العواقب والأحكام؛ والميل إلى التذبذب والتخريب العمدي المقصود.

(٤) العجز عن الاستفادة من الأخطاء والخبرات العادية وعدم الضبط الإرادي، وتفضيل المصلحة واللذة العاجلة والآنية دون الانتظار للمكاسب الآجلة أو تأجيل اشباعها كسرقة السيارات والمجوهرات وغيرها.

(٥) استخدام الأصدقاء والناس لمصالحه الخاصة وبأسلوب يعكس علاقات شخصية ضعيفة تدلل على سخريته وقسوة قلبه وافتقاره للعاطفة.

(٦) القدرة الضعيفة على احتمال الضغط والميل لاهمال النظام ومقاومة السلطة والتعبير عن العدوان وتبرير شتى أصناف الكذب والاحتيال للتخلص من المسؤولية وإلقاء اللوم على الآخرين دون الشعور بتأنيب الضمير أو الارتباك.

هـ - الإدمان على المخدرات: Drug Addiction

ويعتبر هذا الانحراف من أشد انحرافات الشخصية المعاصرة خطورة وشيوعاً وبالذات في إطار - الحضارة الغربية - ويرى علماء النفس أن هذا الإدمان يعكس اضطراباً أساسياً Major Disorder في الشخصية. وقد يرافقه إدمان على الكحول وحالات عصابية أو ذهانية. وربما يكون مجرد اضطراب شخصي سيكو - سيسيولوجي فقط.

وأهم المخدرات المنتشرة بكثرة في أوربا وأمريكا هي الحشيش (الماراوانا)؛ والمورفين والهروين المشتقان من الأفيون والكوكائين وعشرات الأنواع والأصناف الأخرى ولا سيا الـ: L.S.D. والسبيد: Speed كسائل وحبوب وحقن.

ويصل عدد مدمني المخدرات في الولايات المتحدة لعام ١٩٧٣ إلى ٣,٥٠٠,٠٠٠ شخص صغاراً وكباراً، رجالاً ونساءً، ويأخذ قطاع الشباب والمراهقين بين ٧٠ - ٧٥٪ من هذا العدد.

وتشير دراسة قام بها العلماء والتر كوفيل، وتيموثي، وكوستيلو وفابيان روك، أن الدوافع وراء هذا الإدمان يمكن إعادتها للآتي:

(١) الرغبة في النشوة والسعادة والخروج عن المألوف في اشباع حب الاستطلاع.

(٢) الخروج من ضغط الحياة التكنولوجية المادية والتماس طريق آخر يعيد للإنسان المسحوق الشعور بالذات الفردية التي لا تجد حولها أية قيمة معنوية أو روحية.

(٣) الصراعات النفسية والكبت والتقاليد والانهيار والتفكك العائلي والهروب من المسؤوليات والضغوط.

(٤) انهيار المفاهيم والقيم الخلقية في المجتمع والمدرسة والأسرة وميدان العمل وضعف الوازع الداخلي.

(٥) التنافس الشديد والتكالب المادي في شتى مجالات الحياة.

(٦) الإدمان المؤقت كعلاج طبي ثم اكتساب العادة والتعلق بها كعادة متسلطة.

(٧) التعلم من المجتمع والرفاق عن طريق التقليد والممارسة البيئية.

أعراض الإدمان العامة للمخدرات:

تختلف الأعراض حدة وشدة حسب (درجة) الإدمان وتاريخه الطويل أو القصير ومداه وأبعاده، وهذا ينطبق مع كل مرض أو اضطراب.

ويعتبر تأثير مشتقات الأفيون تأثيراً (فيزيوكيمائياً)، مهبطاً؛ يدعو لشرود الفكر والاسترخاء المؤقت والخمول وانخفاض الدافع الجنسي. وكذلك يدعو لتغير في إدراك الزمان والمكان وضعف الحركات الإرادية في الدماغ. والمدمن عموماً لا يبتهج بل هو في حاجة ملحة وجنونية إلى المخدر لكي يقيه من الشعور بالضيق الشديد في الأعراض الانسحابية. وبعد (٣٠) يوماً يصبح الاستعمال إدماناً وعادة هسترية وإذا أقلع المدمن عن الجرعة ظهرت لديه أعراض شديدة:

كفقدان الشهية لأي طعام وشراب، والتعرق المفرط، والاكتئاب

النفسي، والاضطراب في درجة الحرارة، وقيء وإسهال وتشنجات وارتجافات، وقد يرافقها هلوسات وهذيان، وشعور بالقلق والهلاك المحقق. وتزداد هذه الأعراض حتى اليوم الرابع ثم تهدأ وتتلاشى في اليوم الثامن.

أما الكوكائين فيولد الدوار والصداع في بعض الأحيان ويتبع ذلك نشوة ونشاط واستثارة زائدة لفترة بين (٤ - ٦) ساعات؛ ويستخدم المدمنون هذا المخدر بحجة التغلب على الشعور بالعجز لمواجهة الضغط والمشكلات ويرافقه اكتئاب وهلوسة وهذاء. وقد يصل بالفرد إلى الجرائم والتسول والإفلاس والفقر والطلاق والدعارة كحرفة ومهنة.

أما (الماراوانا - الحشيش) فهي حتماً تقود لإدمان حقيقي وغايتها إحداث نشوة تمتد من ساعتين إلى ثلاث، وهو يضعف من الإحساس الذاتي بالزمن، وسرعة الحياة، ويؤدي للاسترخاء ولهذا يقبل عليه الموسيقيون والفنانون والشعراء بكثرة. ويستخدم في جلسات جماعية وحفلات خاصة.

ويشعر الشخص المصاب بالإدمان على (الحشيش - الماراوانا) بأنه كبير جداً لاتساع حدقة العين والتنبه الشديد في المراكز الحسية الخمسة بالدماغ؛ ويخشى أن يتحرك حتى لا يحطم حوله الأشخاص والأشياء فهو في حالة تخدير (مسطول). ثم ينقلب هذا الشعور إلى احساس بالصغر والنزول ويشعر بأن هناك من حوله مَنْ يريد إصابته بأذى، وهذا الشعور ما يسمى بالإحساس بالضخامة والضآلة:

Macrocosmic and Microcosmic Sensations

وعندما يسأل الشخص في البداية كيف شعورك يجيب: I am Very High. وبعد الهبوط يقول: I am Now Down. ويستنزف الإدمان بشتى أنواعه

أحوال الإنسان ودخله وكرامته وأخلاقه وأحياناً عائلته وسعادته الشخصية والأسرية.

وهناك مخدرات أخرى تستعمل في البداية لسبب طبي علاجي ثم تتحول إلى وسائل للإدمان المدمر لشخصية الإنسان ومنها:

(١) مشتقات حمض الباربيتريك: Barbitaric Acid.

(٢) الفينوباربيتال: Phenobarbital.

(٣) الأمفيتامينز: Amphetamines.

(٤) البنزدرين: Benzedrine.

(٥) البروميدز: Bromides.

(٦) الڤاليوم: Valium.

وتستعمل على نطاق واسع بقصد تخفيف التوتر والقلق.

الانحرافات الاجتماعية - السلوكية:

وتشتمل هذه الانحرافات كما حددنا سابقاً على:

- سوء التوافق المهني في العمل، أو سوء التوافق العائلي والشخصي والاجتماعي.
- اضطرابات الغذاء والتغذية.
- اضطرابات التبول والإخراج.
- اضطرابات النوم.
- اضطرابات السلوك الذاتي كالانتحار والجريمة والجناح وغيرها[٧].

اضطرابات النوم: **Sleeping Disorders**

يتميز النوم بحساسية خاصة لأي نوع من الاضطرابات الانفعالية التي يتعرض إليها الإنسان- وخاصة الأطفال- لأنها المؤشرات الأولى على وجود توتر انفعالي متزايد ومن أبرز هذه الاضطرابات:

الأرق، التجول الليلي، الكابوس والفزع الليلي، النعاس النهاري وغيرها.

الأرق: **Insomnia** (إنسومنيا).

ويعتبر الأرق أكثر الحالات شيوعاً وانتشاراً بين الناس؛ وقد يكون استجابة وقتية لإثارة أو اضطراباً انفعالياً أو نتيجة لوضع فيزيقي كالتعب الشديد أو تغيير مكان النوم أو ساعاته وأوقاته. وقد تثير العقاقير أو الحبوب والحقن المنومة عكس مفعولها فتؤدي للأرق وانعدام النوم. ويوجد الأرق- عند الأطفال- ويصاحبه حالات انفعالية خطيرة وقد يعكس استثارات وضغوط يومية يعانيها الأطفال.

ويلعب القلق والمخاوف والشعور بالذنب وتوقعات المستقبل من سفر أو امتحان أو خسارة أو مشروع دوراً حاسماً في تكوين الأرق. وقد يكون عرضياً كالهوس أو الاكتئاب ثم يزول.

وقد لخص العالم (كولمان Colman) سلسلة من الدراسات ذكر بها أن الأرق: Insomnia يرتبط دائماً بالضمير الجامد وبالميل نحو عقاب الذات والاكتئاب. وقد بين أن الصراع بين الرغبة وبين القيم الأخلاقية يؤدي إلى الأرق كنتيجة للشعور بالذنب والخوف من العقاب.

(٢) التجول أثناء النوم: Somnabulism

يؤكد العلماء أن التجوال أثناء النوم يعتبر عرضاً عصابياً Neuratic Symptom ويظهر كعادة خلال فترة البلوغ ثم يختفي. وهناك من يمشي بضع خطوات من السرير ثم يستيقظ الشخص وأحياناً يستمر المشي لمسافات خارج المنزل. ويرى العلماء أن محاولة النوم المتجول قد تكون اخراجاً لمحتويات حلم من الأحلام لحيز العمل والواقع، أو محاولة لحل بعض الصراعات بشكل رمزي Symbolic وهي عموماً مرتبطة بتخيلات جنسية وبالعادة السرية.

(٣) الكابوس والفزع الليلي: Nightmares + Night Terrors

يختلف الكابوس عن حالة الفزع الليلي رغم التشابه الشكلي بينهما. فالكابوس اضطراب شائع نسبياً عند الأطفال، وهو حلم مفزع: Frightening Dream يوقظ الطفل فجأة وفي حالة سيئة مرعبة. ويذكر الطفل الحلم بعد الكابوس ويكون قادراً للعودة للنوم إذا تهيأ له من والديه التطمين والتهدئة المناسبة.

أما الفزع الليلي: Night Terrors فهي حالات من الذعر تظهر أثناء النوم مصحوبة بالصراخ وطلب النجدة أحياناً وتصبب العرق والبكاء والهلوسة. ونادراً ما يستيقظ الفرد تلقائياً، حتى في حالة استيقاظه الجزئي لا يمكنه التعرف على من حوله. وتدوم النوبة من (١٥ - ٣٠) دقيقة. وبعد النوبة ينسى الفرد الموقف كله.

ويربط العلماء بين هذه الأعراض والخبرات المولدة للتوتر في حياة

الفرد أو نشاطه اليومي، وقد تكون استجابة لنوع من القلق أو انعكاساً لصراع يمثل حالة انفعالية. ويرى بعض الأطباء أن سبب حالات الفزع الليلي يدل على: Hypoglysemia وهي حالة انخفاض السكر في الدم ويعالجونها بجرعات زائدة من الكربوهايدرات في وجبة العشاء أو قبل النوم مباشرة ولا بد بجانب ذلك من العلاج النفسي المطوَّل.

(٣) النعاس النهاري: Narcolepsy

إن النعاس أثناء النهار يؤدي للنوم لساعات أو دقائق ولا يمكن تفسيره بأنه نقص للنوم أثناء الليل، وهذا ما نشير إليه باسم النعاس النهاري: Narcolepsy.

وقد كان يعتقد قديماً أنه نتاج لخلل عضوي كحدوث اضطراب في الدماغ وقد دلت الدراسات الحديثة أنه استجابة لسوء توافق نفسي فقد يستخدمه الفرد كوسيلة هروب لمشكلات بغيضة في الحياة وقد يوجد عند الأطفال الذين لا يجدون في بيئتهم مثيرات إيجابية ويعانون الملل الشديد وأحياناً نجده عند منخفضي الذكاء من الأطفال وهو يحتاج لعلاج نفسي عميق ومكثف.

اضطرابات التبول:

يأخذ هذا الاضطراب أشكالاً متعددة أبرزها:

(١) التبول اللاإرادي الليلي: ويصاحب الأطفال الذين لا يستطيعون ضبط أنفسهم. وقد جرت دراسة خلال الحرب العالمية الثانية على ١٠٠٠

مجند وتبين أن ١٦٪ منهم كانوا يتبولون حتى سن الخامسة وأن ٢,٥٪ لم يتمكنوا من ضبط البول حتى وصلوا إلى سن الثامنة وبعضهم إلى سن العاشرة. وتبين أن التبول أي (بل الفراش أو التبول اللاإرادي) هو أكثر عند الذكور منه عند الإناث اللواتي لديهن قدرة أعلى على الضبط.

(٢) البوال النهاري: وهو تبول لا إرادي- نهاري ويحدث في روضات الأطفال أو بعض المستشفيات والمؤسسات.

(٣) التحقن البولي أو الإبرازي الخلفي: في حالات العسر الهضمي تحدث حالات تحقن إبرازي خلفي أو بولي أمامي ولا بد من مراجعة الطبيب المختص على الفور.

ويؤكد العلماء أن اضطرابات التبول لا تزيد نسبة الأسباب العضوية فيها على ١٠٪ بينما الـ ٩٠٪ من أسبابها تعود لعوامل نفسية. فقد دلت الدراسات أن سبب التبول اللاإرادي هو التوتر الانفعالي الزائد ويصاحبه أعراض كعادة قضم الأظافر ومص الإبهام والعض على الشفاه والمزاج العنيف ويصاحب بل الفراش شعور بالذنب والخجل مما يزيد القلق والتوتر وقد أوجز العلماء السيكوديناميكيين الخصائص المفسرة لهذه الاضطرابات بالنقاط التالية:

(١) اضطرابات التبول هي تعبير خاص عن قلق عام.
(٢) هي تعبير لكراهية تجاه الوالدين أو أحدهما أو تنفيس للعدوان.
(٣) هي ازاحة لإشباع جنسي يرتبط عادة بتخيلات جنسية مكبوتة.
(٤) هي استمرار لأنماط سلوكية تستهدف جذب الانتباه بشكل غير ناضج.

(٥) هي تدريب خاطىء وغير ملائم على العادة نفسها بالتبلد وعدم المبالاة من ناحية الوالدين.

ويتجه العلماء إلى ضرورة إزالة التوتر الانفعالي الذي يكمن خلف هذه الاضطرابات أكثر من أن ينصب على العرض نفسه الذي يمثل الشكل الخارجي فقط لهذا السلوك.

ويرون أن العلاج النفسي المكثف ضروري. ويرى كثير من المعالجين أن لا نتوجه فقط إلى ظاهرة الاضطرابات ذاتها بل إلى المصادر الوقائية كتغيير نظام الغذاء والشراب والإقلال من المشروبات التي تؤخذ قبل النوم وإيقاظ الطفل أثناء الليل وتعويده على النظام وإعطائه الثقة بنفسه وتخفيف ضغط الوالدين[٨].

حواشي الفصل الثامن

(١) راجع: الدكتور أحمد عزت راجح: الأمراض النفسية والعقلية. دار المعارف بمصر - القاهرة، ١٩٦٤ - ص ٩٩.

(٢) يتناول المؤلف في هذا الجزء من كتابه (عرضاً شاملاً وموجزاً) فقط للأمراض والاضطرابات وسيعالجها بالتفصيل من حيث الأسباب والتحليل وسبل العلاج في كتابه القادم (أساليب العلاج النفسي).

(٣) إن الحالة الدورية، وكل مرض نفسي أو عقلي أو اضطراب شخصي يتصاعد في ثلاث درجات:

أ- البسيط: Simple

ب- الأشد: Profound.

جـ- الحاد الشديد: Severe or Acute.

(٤) راجع:

O'Neill George + Nena: Open Marriage-Avon Publishers-1973- New York, U.S.A.

(٥) راجع: الدكتور محمد عثمان نجاتي: علم النفس في حياتنا اليومية. دار القلم - الكويت: ١٩٧٧: ص ٦٧ - ص ٦٨.

(٦) Murphy Donald Gerald:

الجوانب السلوكية المرتبطة بإدمان الكحول - جامعة كولومبيا - نيويورك: ١٩٥٧.

(٧) إن الحديث المفصل عن هذه الحالات التي تعتبر اضطرابات فرعية وأساسية للشخصية، يحتاج لكتاب كامل مستقل وفي هذا المجال يهمنا فقط إعطاء القارىء - صورة إجمالية - عنها.

(٨) راجع د. محمود الزيادي و د. سيد محمد خيري، علم نفس الشواذ (مترجم) ١٩٦٧ - ١٩٦٨، (والتر كوفيل - تيموثي - كوستيلو - روك) دار النهضة العربية - القاهرة.

الفصل التاسع

الأمراض العقلية

خطة الفصل المنهجية:

- تعريف المرض العقلي وخصائصه العامة.
- الخصائص العامة للمرض العقلي.
- الأعراض الإكلينيكية العامة للذهان.
- أنواع الذهان العضوي.
- أنواع الذهان الوظيفي.
- التفسير الفيزيولوجي للذهان الدوري.
- الأمراض العقلية العضوية الأساسية:

  أ- الشلل الجنوني العام أو الزهري الدماغي.

  ب- الذهان الكحولي.

  جـ- ذهان الشيخوخة.
- الأمراض العقلية الوظيفية (غير العضوية):

أ- الفصام أو الزكيتسوفرينيا.
ب- البارانويا أو الهذاء.
جـ- الهوس والاكتئاب.

الفصل التاسع

الأمراض العقلية

تعريف المرض وخصائصه العامة:

يعرف المرض العقلي (الذهان) Psychosis الدكتور مصطفى فهمي بأنه المرض الذي يتناول كافة الاضطرابات الانفعالية والسلوكية والذهنية والشخصية بصفة عامة وتعكس حالات من الشذوذ وانعدام التوافق. والمرض العقلي يعاني فيه صاحبه اختلالاً شاملاً واضطراباً خطيراً في شخصيته؛ ويبدو في صورة اختلال شديد في التفكير والقوى العقلية والعجز عن ضبط النفس ورعايتها والجهل بأسباب مرضه وعدم قدرته على الاستبصار بمشكلته.

وعلى هذا فالمرض العقلي الذهاني هو اضطراب عقلي شديد وخلل شامل في الشخصية: Total Personality disorder يعوق نشاط الفرد ذاتياً واجتماعياً ويشكل ارتباكاً في سلوكه وينقسم إلى نوعين رئيسيين: (عضوي، ووظيفي):

(١) الذهان العضوي: **Organic Psychosis**

وهو مرض عقلي ذو منشأ عضوي- نيورولوجي أو فيزيولوجي يرتبط بتلف جزئي أو كلي في الجهاز العصبي ووظائفه، ومن أشكاله اضطرابات الغدد الصماء والأورام المخية، وجنون الشيخوخة Senile Psychosis وجنون الإدمان على الخمور والمخدرات: Drug addiction والإصابة بالزهري والجنون: General Paralysis of the insane وغيرها..

(٢) الذهان الوظيفي: **Functional Psychosis**

وهو مرض عقلي ناشيء عموماً عن (مصدر نفسي) ولا يرجع لأي سبب عضوي ومن أشكاله الهذاء أو البارانويا، والهوس، والاكتئاب والفصام وغيرها..

الخصائص العامة للمرض العقلي:

١- إن المرض العقلي لا يتناول جانباً واحداً في الشخصية كالنفسي العصابي وإنما تصاب فيه كافة جوانب الشخصية.

٢- المرض العقلي ينفصل به المصاب عن الواقع كلياً Off reality.

٣- في المرض العقلي إصابة الجهاز العصبي حتمية.

٤- الشفاء والعلاج للمرض العقلي صعب وطويل ويحتاج لعلاج مكثّف والمريض عقلياً يعارض العلاج ويرفض التعاون مع الطبيب النفسي لأنه لا يحس مطلقاً بشكلته لانعدام قدرته على الاستبصار والوعي.

٥- المرض العقلي تلعب فيه الوراثة والاستعدادات الجيناتيكية دوراً رئيسياً.

٦- المرض العقلي لا يسأل المصاب فيه مسؤولية قانونية وغالباً ما يجب عزله حين يكون خطراً على نفسه أو على الآخرين.

٧- في حالات نادرة يتداخل المرض العقلي مع الحالات النفسية من حيث المصدر والدرجة والطبيعة والعلاج.

وقبل أن نتعرض للتقسيم العلمي للأمراض العقلية ونوعيات الذهان، نود استعراض الأعراض العامة التي تشكل قاسماً مشتركاً أعظم بين مختلف أنواع الذهان.

الأعراض الإكلينيكية العامة للذهان: Symptoms of Psychosis

١- اضطراب واضح في سلوك الفرد وتشوش في محتوى ومجرى التعبير عن التفكير. إن الفرد الذهاني Psychotic منفصل نهائياً عن الواقع Off reality ليس لديه قدرة الاستبصار لعلته وهو لا يشعر بمرضه ويرفض العلاج والتعاون مع الأخصائي بشدة لاعتقاده بأنه لا يعاني من أي مرض؛ بينما العصابي Neurotic يحس بمشكلته ويقبل المساعدة.

٢- عدم قدرة الفرد على التركيز والوضوح (مكاناً وزماناً وحجماً):
. Lack of clearness and concentration; (Time, space + place)

٣- اللجلجة أحياناً أو السرعة الزائدة في الكلام، والحركة، والألفاظ غير المنطقية ذات المحتوى المضطرب.

٤- ضعف شديد في إدراك أو تكوين علاقات بين المفاهيم والأشياء
Impairment in building up Relationships and in Making . Correlations

٥- خلل عام في الشخصية والسلوك دون الاقتصار على جزء منها:
. Total presonality disorder and not Partial

٦- سوء توافق واضح وفاضح في التكيف المهني والعائلي والشخصي:
. Inability for adjustment at all levels

٧- عزلة وانطواء وانسحاب من المجتمع وعدم قدرة على التأقلم مع المواقف والناس. Withdrawal, isolation and Poor Adaptability .

٨- بطء واضح في العمليات العقلية وارتباك واضح في الوظائف الذهنية واضطراب في النشاط الحركي أو ازدياد حركي غير اعتيادي:
. Mental disorders in Processing or sort of Hyperactivity

٩- وجود هذاآت وهلاوس ذات أساس وهمي: Paranoia and . hallucinations

١٠- اضطراب واضح في الانفعال، وحساسية مفرطة وزائدة، وخلل في مفهوم الذات، وعدم الثبات على شيء معين أو محدد، والقلق والخوف

والتناقض الوجداني، ووجود مشاعر الذنب الشاذة، والتفكير من حين لآخر في الانتقام الذاتي والتعذيب والانتحار.

بعد هذا العرض الموجز للأعراض العامة الإكلينيكية التي تلتقي فيها مختلف (نوعيات الذهان) نود أن نقدم للقارىء عرضاً وجيزاً لنوعيات الذهان بقسميه الرئيسيين (العضوي - والوظيفي):

أنواع الذهان العضوي Kinds of organic Psychosis

وتشتمل هذه النوعيات على الأصناف التالية:

١ - اضطرابات التمثيل الغذائي كأمراض الكبد والسكر والكليتين والبورفريا.

٢ - نقص الفيتامينات كنقص حامض النيكوتينيك - الفوليك.

٣ - أمراض الغدد الصماء كالغدة الدرقية والنخامية والجنسية والأدرينالية.

٤ - نقص الأوكسجين في الدم.

٥ - اضطراب الأملاح والمعادن في الدم، كثاني أوكسيد الكربون والبوتاسيوم والصوديوم والماء.

٦ - أمراض الأوردة أو شرايين الدماغ، كتصلب الشرايين وارتفاع ضغط الدماغ وبطء مجرى الدم والجلطة الدموية في الدماغ. وغيرها.

٧- الحميات بأنواعها المتعددة.

٨- ذهان الولادة والحوامل.

٩- أمراض(الجهـازالعصبي) كالحمى الشوكية وعرق النسا والحمى المخية والشلل الاهتزازي وزهري الجهاز العصبي والتصلب المتناثر وارتجاج وتهتك المخ والتجمع الدموي تحت الأم الجافية والتهاب أو أورام المخ ومرض الديسك والعمود الفقري.

١٠- الصرع بأنواعه المتعددة وحالاته المختلفة.

١١- ذهان السموم: كالتأثر بأول أوكسيد الكربون أو الزئبق أو الرصاص أو الزرنيخ أو المنغنيز أو السيانور أو التأثر بالمهدئات أو المنومات (كالبرمور، والباربتيرات والفاليوم بنسبة عالية)؛ أو التأثر بالمنبهات المثيرة (كالكحول أو الحشيش- الماراوانا)؛ والأفيون والهروين والكاكوئين؛ وعقاقير الهلوسة وحقن السبيد **Speed** ومركبات الـ: **L.S.D** وغيرها[١].

وقد يقود الإدمان على الخمور أو المخدرات إلى ذهان يطلق عليه (ذهان كورساكوف) Korsakoffs Psychosis وفيه تصاب أنسجة الدماغ بتلف يؤدي إلى تدهور عقلي مستمر[٢].

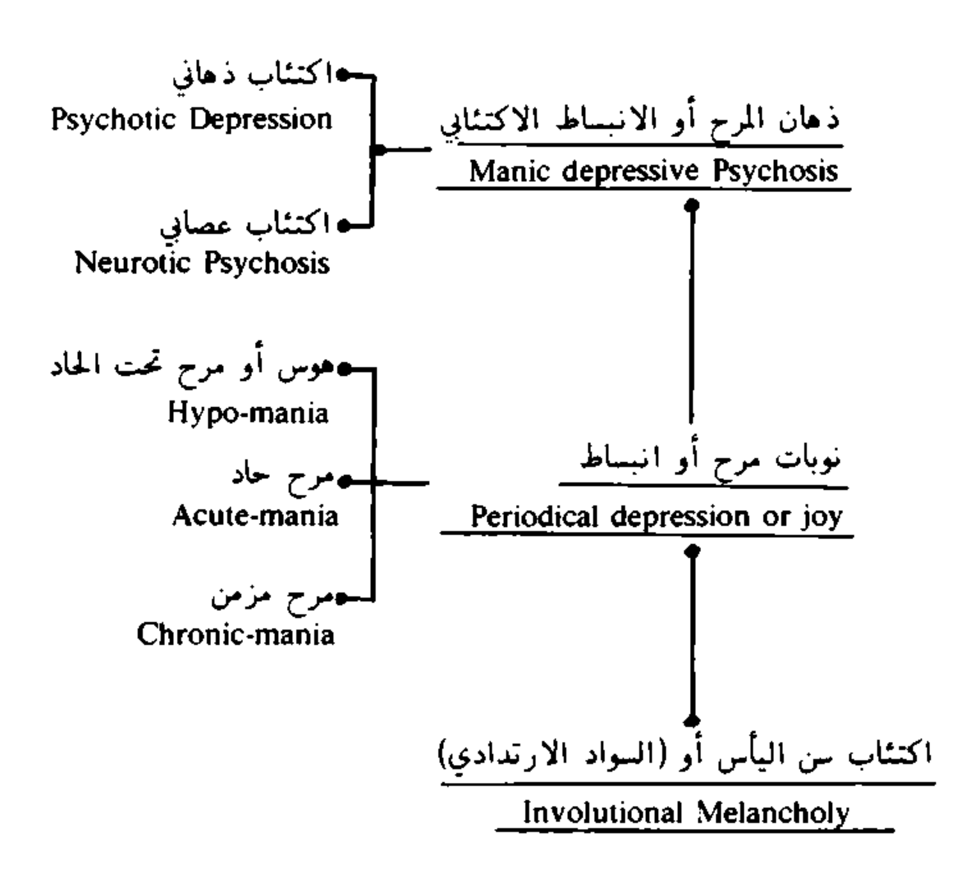
أنواع الذهان الوظيفي: Kinds of Functional Psychosis

وتتضمن ثلاثة أنواع رئيسية:

١ - الذهان الدوري: Cycloid – Periodical Psychosis

٢ - الذهان النفسي شبه الفصامي: Psycho-genic or Schizophrenic Psychosis.

٣ - الذهان الوجداني: Affective Psychosis



ويعتبر الذهان الدوري من أكثر الأنواع انتشاراً وشيوعاً.

التفسير الفيزيولوجي للذهان الدوري[٣]:

يعتبر الذهان الدوري من أخطر الأمراض العقلية لأنه يتصف باضطراب انفعالي شديد تتناوب فيه نوبات من (الاكتئاب ثم الانبساط). ويزداد انتشاراً بين النساء أكثر من الرجال ويحدث بعد البلوغ ويزداد انتشاراً مع تقدم السن. وتتصف (نوبة الاكتئاب) بالحزن الشديد والنظرة السوداوية للحياة، وفقد الاهتمام بالملذات الخاصة، مع الشعور بعدم جدوى الحياة: Worthlessness of life وظهور الأعراض الانتحارية، مع الإحساس بتأنيب الضمير، والشعور بالإثم، وعدم أحقيته بالحياة. ويصاحب نوبة الاكتئاب أعراضٌ جسمية مختلفة مثل الأرق الشديد، والاستيقاظ قبل الفجر، وفقدان الشهية للطعام مع فقدان الكثير من الوزن، والصداع والدوخة، والإمساك وآلام متفرقة في الجسم عادة ما تظهر على شكل آلام روماتزمية. ويبدأ المريض في الانعزال، ويتخلف عن عمله أو دراسته، ويهمل نظافته اليومية، ويصبح في حالة يرثى لها.

أما (نوبة الانبساط) فهي عكس (نوبة الاكتئاب) ويبدو المريض بها في حالة مرح شديد Acute-mania ، مع الشعور بحسن الحال أو التيه والشعور بالعظمة البارانوية، ويصاحب ذلك كثرة النشاط والكلام والأفكار المتطايرة والبذخ المسرف. ومن جراء هذه الزيادة في النشاط فإن المريض يصاب بالأرق وفقدان الشهية، وينتهي بحالة من الإرهاق والإعياء التأم كما هي الحال في- النوراستانيا- .

ويذهب أصحاب مدرسة التحليل النفسي للقول بأن السبب الكامن

وراء مرض الذهان هو فقدان موضوع الحب مع النكوص (الارتداد) للمرحلة الفمية، وهناك من العلماء من يركز على دور الوراثة في هذا المرض.

وقد وجد العالم (كولمان) أنه إذا أصيب أحد التوائم المشابهة بهذا المرض، فسيصاب التوأم الآخر في ٩٦٪ من الحالات. ويكثر هذا المرض عند الأفراد ذوو المزاج الدوري.

ويشير العالم (كرتشمر) من خلال تصنيفه المشهور بأن ثمة علاقة بين الخصائص الجسمية والأفراد المصابين بالذهان الدوري فهم عموماً يتصفون (بالجسم المكتنز) والرقبة الغليظة، والبطن الكبيرة ويميلون إلى السمانة والبدانة.

وتتساوى العلاقة بين اضطرابات الغدد الصماء والذهان الدوري كما هي الحال في العلاقة بين اضطرابات الغدد الصماء ومرض الفصام. ولو أردنا تحديد الأعراض من منظار فيزيولوجي للذهان الدوري لأمكننا ذكرها بالنقاط التالية:

(١) تزيد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث، وتشكو النساء من التوتر الداخلي، والصداع والانتفاخ، وسهولة التهيج العصبي، مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء وهذه الفترة يصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية.

(٢) يتوقف الطمث أو يصاب باضطرابات شديدة أثناء الأمراض الانفعالية خصوصاً أثناء نوبات الاكتئاب والانبساط.

(٣) تبدأ وتزيد وتشتد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس السوداوي (الشيخوخة) وعندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية.

(٤) تظهر أعراض الذهان الدوري بكثرة بعد الولادة، وأثناء التغيرات الفيزيولوجية والهرمونية التي تحدث أثناء هذه الفترة.

(٥) يصاحب مرض المكسيديما (نقص إفراز الغدة الدرقية)؛ يصاحبه أعراض اكتئابية شديدة في حوالي ٤٠٪ من الحالات. بل وتبدأ الحالة أحياناً بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلاقة العضوية- الجسمية.

(٦) قد يصاب المريض بمرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) بنوبات من الانبساط الحادة أثناء نشاط هذا المرض.

(٧) يصاحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب أو انبساط مرض كشنج (زيادة إفراز الغدة الإدرينالية) أو أحياناً خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون.

(٨) تقل نسبة الذهان الدوري قبل البلوغ، وتزيد ببدئه.

ولقد أدركنا من خلال استعراض أعراض الذهان الدوري علاقته بالغدد الصماء. وثمة علاقة بينه وبين اضطرابات الجهاز العصبي كالشلل الاهتزازي، وتصلب شرايين الدماغ وزهري الجهاز العصبي وأورام الفص الجبهي في الدماغ، وكذلك الفص الصدغي، والصرع النفسي الحركي، وإن شفاء الذهان الدوري بالجلسات الكهربائية Electric therapy وبالعمليات الجراحية في الدماغ: Brain Psychosurgery برهنت على اضطراب قاعدي وجوهري في الجهاز العصبي.

وقد كشفت البحوث الطبية عن وجود أمراض تعتبر من العوامل المثيرة لظهور الذهان الدوري وأهمها الالتهاب الرئوي، والصفراء، والإنفلونزا، وبعض العقاقير مثل السلفا، والسيربازيل والأدوية المستعملة لخفض ضغط الدم المرتفع.

وقد أجريت في السبعينات بحوث معاصرة حول علاقة نوبات الاكتئاب الانبساطي المصاحبة للذهان الدوري وبين نسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة. ووجد أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد ٥٠٪ عن المستوى العادي. أما الشخص المصاب بنوبة الانبساط فتزيد هذه النسبة إلى ٢٠٠٪ وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها. ولإثبات هذه التجربة أعطي بعض مرضى الذهان الدوري كمية من (هرمون النخامين) في فيزيولوجية الغدة النخامية والذي من طبيعته الاحتفاظ بالماء والصوديوم في الجسم، فلوحظ أن حالة هؤلاء المرضى تدهورت وساءت سواء في نوبات الاكتئاب أو نوبات الانبساط.

كذلك وجد اختلاف في اندفاع وتأرجح المعادن بين أغشية خلايا الدماغ، وبالتالي اختلاف في الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا في حالات هذا المرض. وكل هذا مما يؤيد صحة وأهمية التفسير الفيزيولوجي.

وإذا كان علماء النفس قد ركزوا على عامل الوراثة، والعوامل النفسانية والاجتماعية فإن من أبرز أسباب الذهان الدوري دون شك الأسباب البايوكيميائية التي أقامت وما تزال ثورة حديثة في الطب النفسي والعقلي.

وقد لاحظ بعض العلماء منذ سنوات أن كثيراً من مرضى الضغط المرتفع والذين يتناولون (عقار السيربازيل) بانتظام تنتابهم نوبات من

الاكتئاب الشديد شبيهة بالأعراض التي سبق لنا الإشارة إليها، ولاحظ علماء آخرون أن (مرضى الدرن) الذين يعالجون بعقار (المارسيليد) يصابون بنوبات من الانبساط والشعور بحسن الحال، بالرغم من خطورة مرضهم. وإن الأبحاث العلمية المضنية والعمل العلمي المنظم استطاعت أن تضع هذه النتائج العلمية في اتساق متكامل ووجد أن (السيربازيل) يقلل من نسبة بعض الهرمونات العصبية في الدماغ وخاصة (السيروتونين والأدرينالين)، وبالتالي يسبب أعراضاً اكتئابية؛ وأن (المارسيليد) يزيد من نسبة الهرمونات هذه، وبالتالي يؤدي لأعراض انبساطية، ومن ثم وجد أن إعطاء (المارسيليد) لمرضى الاكتئاب يشفي الكثيرين منهم ويساهم في تخفيف آلامهم، ويعتبر هذا العقار أساساً لنشأة عشرات العقاقير الحديثة المضادة للاكتئاب كالأميبرامين، والتوفرانيل، والبيرتوفران، والسيرمونتيل، والتريبتيزول، والكونكوردين، والثيوريدازين وغيرها..

أما (السيربازيل) فقد أعطي لمرضى الانبساط فهدأ من حالهم مما أدى لنشأة سلسلة من العقاقير المشابهة في علاج هذا المرض.

ومما يؤكد نظرية الهرمونات العصبية في نشأة الاكتئاب الانبساطي وجود هذه الهرمونات بنسبة أعلى من أي جزء آخر في الدماغ في المناطق الخاصة بالانفعال (الهايبوثلاموس)؛ وخاصة المهاد التحتاني، والمخ الحشوي في السطح الأنسي للمخ. كذلك وجد أن نسبة هذه الهرمونات في المرضى المنتحرين من مرضى الاكتئاب تقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح وذلك بعد تحليلات دقيقة في المخ بعد وفاتهم، كذلك بتشريح ودراسة كيميائية لدماغ بعض مرضى الاكتئاب الذين لاقوا حتفهم لأسباب عديدة أثناء علاجهم بالعقاقير المضادة للاكتئاب؛ وقد وجد أن نسبة هذه

الهرمونات العصبية تزيد تدريجياً خلال العلاج وتصل أقصاها في خلال (٣ - ٤) أسابيع، مما يؤيد العلاقة الوثيقة بين مرض الاكتئاب ونسبة هذه الهرمونات العصبية في الدماغ.

الأمراض العقلية العضوية الأساسية: Organic Psychosis

ويمكن تقسيمها إلى ثلاثة أنواع:

(١) الشلل الجنوني العام أو الزهري الدماغي:

Dementia Paralytica Or General Paralysis

وهو ذهان ينشأ عن إصابة الدماغ بالزهري ويظهر على شكل التهابات Inflammatory ويؤدي بصاحبه للتقهقر والانحلال Degeneration ويؤدي للعطب العقلي المطرد وتصاحبه أعراض جسمية معينة. ويؤدي لشلل واضطراب في النطق. ومن أعراضه العقلية الهذاآت والتذبذب والاضطراب الانفعالي. ويميل صاحبه لتهديد الآخرين بالقتل أو إلى جنون العظمة. ويصعب على المصاب فيه إمكانية الفهم أو الإدراك.

ويشير العالم (كامبل: Campbell) بأن المصاب بهذا المرض يفقد القدرة على الاستجابة ككائن اجتماعي؛ وتنعدم لديه المعايير الجمالية أو الخلقية. ويتوقف عن النشاط الذهني وعن مواجهة المواقف الاجتماعية. وفي البداية تصاب الذاكرة بالعطب فينسى المصاب اسمه وتاريخ مولده. وتنهار قدرته على التحكم في أصابعه ويسود لديه شعور شديد من الكآبة واضطراب النطق وتسيطر عليه حالات بارانوية من الهذاء وجنون العظمة. ويميل مع تطور

المرض للانسلاخ عن القيم الخلقية والعائلية ويتوجه نحو الجريمة والعدوان مما يؤكد جذوره النفسية والاجتماعية.

وقد كشفت دراسات العالم (نيكول Nicol) على دراسات حول الشلل الجنوني العام عند الأطفال بأن ثمة تغيرات واضحة تطرأ على (السائل الدماغي: C.S.F الذي يدعى: Cerebro spinal fluid عند معظم الأطفال المصابين. وأدى ذلك لضرورة فحص وتحليل السائل الدماغي بين أعضاء الأسرة الواحدة كنوع من إجراءات الحصانة.

وقد أكدت تجارب العالمين (كرافت - إبنج Kraft-Ebing)؛ بعد تطعيم بعض المصابين بالشلل الجنوني العام بميكروب الزهري بدون إحداث العدوى لهم - مما أكد أن هذا المرض يعود لإصابة الفرد بالزهري.

وقد تابع هذه الأبحاث في السنوات المعاصرة العلماء أمثال (ويدال، وسيكارد: Widal + Sicard)؛ ثم أوضح العالم (وسرمان Wasserman)؛ بأن وجود الأجسام المضادة Anti-bodies في السائل الدماغي لدى هؤلاء المرضى سوف يؤثر في جهازهم العصبي. وقد أدى تشخيص الزهري المبكر هذا إلى معالجته في المستشفيات العقلية والنفسية من الأيام المبكرة. وتبين أن أي تأخر في علاج المصابين بالزهري منذ بدايته سيؤدي لظهور أعراض الشلل الجنوني العام.

٢ - الذهان الكحولي: Alcoholic Psychosis

وهو النوع الثاني في الذهان العضوي ناتج عن الإسراف في الخمور ويتخذ أشكالاً عديدة أبرزها(الهتر الارتجافي:Delirium tremens وهي

حالة من الاختلاط العقلي الحاد تقترن بارتجاف وقلق شديد وهلوسات وهذاآت مختلفة. أما الاضطراب السلوكي فيشبه ما يحدث في ذهان الشيخوخة وذهان وظيفي آخر هو الفصام (الزكيتسوفرينيا). ومع ازدياد الارتعاش وتقلص العضلات ينعدم تركيز الانتباه ويزداد الخوف والذعر والصراخ ويتوهم المصاب وجود ثعابين حوله. وقد يسيء المصاب الشك بزوجتهويتهمها بالخيانة وقد يقترب من الجريمة أو الانتحار.

وترتبط الخمور أيضاً بذهان سبق أن أشرنا إليه هو (ذهان كورساكوف: Korsakoffs Psychosis).

٣ - ذهان الشيخوخة: Senile Psychosis

ويطلق عليه (جنون الشيخوخة) فحين تتقدم بالإنسان السن إلى ما فوق الستين عاماً ينشأ عنده نوع من السلوك الشاذ بسبب اضمحلال وضمور الأنسجة وخلايا المخ وقد تكون بعض الأمراض الطويلة الأمد أو الحوادث والصدمات والخبرات من العوامل المهددة لكيانه الانفعالي. وليس ضرورياً في هذا الذهان أن يوجد أي تلف عصبي أو عضوي؛ ولكن الانتقال المفاجىء إلى سن الهرم والشيخوخة يشعر المصاب بالعزلة والوحدة وقرب النهاية والموت. ويشعر أنه أصبح عبئاً على غيره وعاجزاً. وفي البداية يعاني المصاب اضطراباً في ساعات النوم وخللاً في الذاكرة حتى أنه لا يعرف عنوان منزله أو الشارع الذي يسكن فيه. ويصبح أحياناً أنانياً عنيداً ثم ينفجر بالبكاء والصراخ للإحباط الذي يعانيه وابتعاد الناس عنه Disassociation ويميل أحياناً لإشعال النار بكل ما حوله من أثاث ومال

وأرواح ويموت لديه الشعور تدريجياً لعدم الاهتمام به. ويزول شعره وأسنانه ويضعف جسمه، وتتصلب شرايينه لقلة الحركة وعدم قدرته على المشي. وينعدم إحساسه بالذوق ويضعف البصر نهائياً ولا يتمكن القراءة ويشعر باقتراب الموت منه كل يوم.

الأمراض العقلية الوظيفية (غير العضوية) Functional Psychosis

وتنقسم إلى ثلاثة أقسام:

١) الفصام أو الزكيتسوفرينيا: Schizophrenia
٢) البارانويا أو الهذاء: Paranoia
٣) الموس والاكتئاب: Mania

١ - الفصام (الزكيتسوفرينيا) Schizophrenia

التعريف: الفصام هو مرض عقلي وظيفي ذهاني حاد: Severe Mental Psychotic Disorder ويؤدي لانشطار وعدم انتظام الشخصية، وتدهورها التدريجي وبالتالي يؤدي إلى التشتت والتناثر Split and Diffusion؛ وهو في معظم حالاته من حيث طبيعته مرض عقلي (ذهاني) وظيفي، وأحياناً بايو- جيناتيكي وفي حالات أخرى تلقائي (عرضي) عضوي وقد يتضمن أعراضاً (باثوفيزيولوجية).

ويعرف الدكتور أحمد عزت راجح في كتابه (الأمراض النفسية والعقلية) الفصام بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية ويبدو في صورة

أعراض في جوانب الشخصية جميعاً: الجانب الإنفعالي: Affective والجانب الفكري Cognitive-mental، والجانب السلوكي Behavioral.

ويعرفه الدكتور مصطفى فهمي في كتابه (علم النفس الإكلينيكي) بأنه مرض عقلي معناه انحطاط بطيء مستمر للشخصية عامة، ويبدأ عادة في فترة البلوغ ويسمى (جنون المراهقة) لشيوعه بين المراهقين من فتيات وفتيان ومعظم ضحاياه هم فيما بين (١٥ - ٣٠) عاماً.

ويشير الطبيب النفساني الدكتور أحمد عكاشة في كتابه (علم النفس الفيزيولوجي) بأن الفصام هو مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير، والوجدان، والسلوك، وأحياناً الإدراك، ويؤدي إن لم يعالج في بدء الأمر إلى تدهور واضح في المستوى السلوكي والخلقي والاجتماعي، مما يفقد الفرد شخصيته وبالتالي يصبح في عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع.

ويعرف الدكتور محمد عثمان نجاتي في كتابه (علم النفس في حياتنا اليومية) الفصام بأنه أكثر أنواع الاضطرابات الذهانية انتشاراً، ويحدث عادة من بداية فترة البلوغ حتى سن الخامسة والأربعين، ويتميز الفصام بالانفصال عن الواقع والعزلة، وعدم الاتصال بالناس. واضطراب الانفعالات وتذبذب الحالة المزاجية واضطراب التفكير والكلام وكثيراً ما تنتاب المريض الهلاوس والهذاآت.

وقد أطلق عليه العالم (يوجين بلويلر Eugene Bleuler) بمرض (الشخصية المنقسمة: Divided Personality)؛ أما العالم (كريبلين) فقد سماه (جنون المراهقة): Dementia Pracox.

النوعيات الأساسية لمرض الفصام:

استطاع علماء النفس الإكلينيكي تمييز ما يزيد على (٢٠) نوعاً للفصام؛ نعرض أكثرها أهمية وانتشاراً:

١ - الفصام البسيط: Simple or mild Schizophrenia

٢ - فصام المراهقة المبكر: Hebephrenic or adolescense. S.

٣ - الكاتوني الحركي (تصلبي أو هياجي): Catatonic Schizophrenia

٤ - الفصام المزمن: Chronic Schizophrenia

٥ - الاضطهادي الخيلائي (الهذاء البرانوي): Paranoid Schizophrenia

٦ - الفصام النووي: Nuclear Schizophrenia

٧ - الفصام الطرفي: Peripheral Schizophrenia

٨ - الفصام التفاعلي: Reactive Schizophrenia

٩ - الفصام الحاد: Severe or acute Schizophrenia

١٠ - الفصام الكامن: Residual Schizophrenia

١١ - الفصام المتخلف: Latent Schizophrenia

١٢ - الفصام الوجداني: Affective Schizophrenia

١٣ - فصام الطفولة: Childhood Schizophrenia

١٤ - فصام الشيخوخة: Aging stage Schizophrenia

١٥ - الفصام المطعم (مع تخلف عقلي): Crafted Schizophrenia

١٦ - الفصام غير المميز: Undefined Schizophrenia

وعلى الرغم من وجود هذه النوعيات العديدة لمرض الفصام فإن ثمة

قاسماً مشتركاً يجمعها في الأعراض الإكلينيكية العامة التالية:

الأعراض الإكلينيكية العامة للفصام:

١) التفكك والتشتت الكامل في الشخصية Disintegration والانشطار التناثري في مظاهر السلوك والقدرات الفكرية.

٢) البعد عن الواقع وانقطاع الصلة به:Disassociation from Reality والاستغراق في الذات: Introvered + Egocentred والانسحاب من الناس والمجتمع: Withdrawal وعدم مقدرة الفرد على التمييز بين الحقيقة والخيال: Inability to distinguish reality and fantasy.

٣- الاستغراق في الهلوسات السمعية، والبصرية، والجنسية، Hallucinations وكذلك الهلوسات الشمية واللمسية والذوقية وهذه كلها حقائق في نظر المريض ويستجيب لها سلوكياً فإذا سمع جرساً تلفونياً يسمعه كالرعد أو كطرقة باب، وإذا مرت آنسة أمامه اعتقد أنها قادمة إليه، فهناك خلل واضح في انطباعاته الحسية: Perceptual disorder.

٤) توترات نوبية مع خبول وانطفاء عقلي: Periodical tense reactions + mental Slowness.

٥) خلل في الوظائف العقلية وعلى الأخص في المناطق الحسية المركزية Areas of Sensory in the brain ذات الفعاليات الشعورية وبالذات منطقة الموتور الدماغي:

Disorders in the motor functions and the affective Processes.

كما يصاحبها أحياناً بعض الاضطرابات العاطفية: Emotional disturbances.

٦) سلوك سلبي تجاه الأحداث والآخرين وانعدام المسؤولية وحالات انعزالية شاذة وغريبة: Passiveness and Isolation.

٧) هذاآت تصورية وهمية: Delusions كتوهم المرض والاستغراق في أحلام اليقظة: Accessive day dreaming وفقدان الشعور بالشخصية وشعور المريض بأن أفكاره ورغباته وإحساساته غريبة عنه: Acute alienation.

٨) اضطرابات تفكيرية واضحة في (التعبير المزدوج) وفي مجرى التفكير وطريقته ومحتواه وفي التحكم وعمليات الذاكرة وفي الفهم والوعي.

٩) اضطرابات وجدانية في شدة الانفعال أو بلادته، وشكله ودرجة ردوده التجاوبية الانفعالية تجاه الأشخاص والمواقف والأحداث ويكون شديداً أكثر مما يجب أو ضعيفاً أقل مما يجب:

Over stimulation or under stimulation and cold reaction.

١٠) اضطرابات إرادية Will disorders تتمثل في ضعف الإرادة وضعف الثقة بالنفس، وعدم القدرة على الربط والضبط وظهور (الأعراض الكتاتونية) بنوعيها التصلبي أو التهيجي من ذهول أو غيبوبة أو هياج أو سلبية مطلقة، أو مداومة على حركة روتينية معينة أو اضطرابات في الكلام أو طاعة عمياء أوتوماتيكية.

١١) الضعف الجسمي ونقص الوزن وارتفاع سرعة الدورة الدموية والضغط؛ أو نقصها عن الحدود الاعتيادية.

١٢) احتمال ارتفاع نسبة السكر والأملاح في الدم أو نقصها عن الحدود الطبيعية.

١٣) اضطرابات سلوكية تتناول الحياة العائلية والاجتماعية والعمل والحياة الجنسية فهو مثلاً يطلق لحيته دون نظافة، ويهمل نفسه وملابسه الخارجية، ويعاني نوبات هياج وعدوان وصراخ. وينعزل عموماً عن المقاهي وأماكن الالتقاء بالناس ويعتنق مذاهب شاذة غريبة.

١٤) تتدهور لدى الفصامي ملكة التركيز والذاكرة، ويدمن يومياً وبشكل متطرف على العادة السرية وعادات شاذة أخرى كخلع الملابس والعراء والرقص والغناء بصوت عالي، والقفز أو الاغتصاب الجنسي، ومع ذلك فهو فجأة يتعرف على الأشياء بوضوح، وفي بعض الحالات تعود إليه ذاكرته بشكل طبيعي[٤].

التفسير الفيزيولوجي لمرض الفصام[٥]:

يصيب مرض الفصام ١٪ من سكان كل مجتمع أي أنه يوجد (١٠,٠٠٠) فصاميّ بين كل مليون نسمة. وتختلف أعراض ومظاهر هذا المرض من فرد إلى آخر، ومن مجتمع إلى آخر حسب الحضارة والثقافة. وأكثر ضحاياه هم (الشباب والشابات) وعلى الأخص في المجتمعات التكنولوجية التي تسيطر فيها المقاييس المادية المحضة. وقد بدأت بعض (الدول النفطية) في الشرق العربي تسير على نفس الخط المادي وتنتج شخصيات فصامية وتفككاً شخصياً وعائلياً على غاية من الخطورة. وإن العلاج المبكر والوقاية أفضل من التأخر بها.

وقد استطاعت بعض الدراسات الجيناتيكية أن تبرهن على أهمية العامل الوراثي Hereditary factor في ظهور مرض الفصام على شكل أعراض واضحة. فإذا أصيب واحد من الوالدين بالفصام فستكون نسبة المرض بين الأولاد حوالي ١٦٪ أما إذا كان الأبوان مصابين بالمرض فترتفع نسبة المرض بين الأولاد إلى ٤٠٪ وتصل النسبة بين (التوائم المتشابهة) إلى ٧٦٪.

وقد وجد علماء آخرون أمثال الطبيب (جسنج) وجود علاقة وترابط بين الغدد الصماء أو الهرمونات ومرض الفصام ويقول الدكتور (جسنج) أن مرضى الفصام (الكتاتوني الدوري) يحتفظون بمادة - النيتروجين - في الجسم، وأنهم يتحسنون عند طردهم لهذه المادة، وقد استخدم هرمون الغدة الدرقية للتخلص من النيتروجين. وقد لاحظ الدكتور (رايز) أن ٣٠٪ من مرضى الفصام يعانون من اضطراب نوعي في نشاط الغدد الدرقية.

ومن الأبحاث الحديثة ما قام به الدكتور أحمد عكاشة في قياس كميات (الكورتيزون) في مرضى الفصام وأثر ذلك في شفائهم؛ فقد وجد أن هذا الهرمون يفرزه مرضى فصام البارانويا أكثر من مرضى أنواع الفصام الأخرى، وأن نكسات المرض يصاحبها (زيادة في إفراز هرمون الكورتيزون)، وأن شفاء المرض يصاحبه نقصان في إفراز هذا الهرمون.

ويوجد الكثير من الملاحظات الإكلينيكية التي تؤيد الترابط بين الفصام واضطراب الهرمونات. ويندر حدوث الفصام عند الأطفال بينما يشتد وتزداد نسبته في مرحلة البلوغ والمراهقة وفي مرحلة الشيخوخة.

وتظهر أعراض مشابهة لأعراض الفصام؛ في مرض المكسديما (نقص إفرازات الغدة الدرقية) أو مرض كشنج (زيادة إفراز الغدة الإدرينالية).

وهناك شواهد علمية على أن بعض الأمراض العضوية في الجهاز العصبي تؤدي إلى أعراض Symptoms مشابهة لأعراض مرض الفصام؛ كمرض الحمى المخية، والصرع، وأورام الفص الجبهي الدماغي، وليس بعيداً أن يكون الفصام اضطراباً أو إصابة للجهاز العصبي. وقد كشف التصوير الكهربائي للدماغ أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح وموجات باثولوجية- مرضية غير نوعية.

وقد لوحظ أن بعض العقاقير مثل: L.S.D والحشيش والماسكولين تؤدي لاضطرابات انفعالية وتفكيرية وهلاوس وهذاآت شبيهة بأعراض الفصام مما أدى لازدياد اهتمام العلماء المعاصرين (بالاضطرابات الكيميائية للهرمونات العصبية)؛ مثل الأدرينالين والسيروتونين وغيرها.

وقد أيدت التجارب الحديثة أنه في مرض الفصام يوجد اضطراب في مثيلية Methylation هرمون الإدرينالين؛ لدرجة أننا إذا أطعمنا بعض الفصاميين بمركبات كيميائية بها مستحضرات ميثيلية فستزيد أعراضهم بشدة، ولقد استطاع بعض العلماء استخلاص (بروتين) معين من دم مرضى الفصام يسمى (تاراكسين) فإذا أعطي هذا البروتين لمتطوعين للتجارب العلمية؛ فإنهم يصابون بأعراض فصامية وقتية. وقد شاهدت في نيويورك (فيلماً مذهلاً) حول هذه التجارب. كذلك أدى حقن (التاراكسين) في بعض الحيوانات إلى اضطرابات فصامية غريبة في سلوكها.

وكثرت حديثاً المناقشة حول ظهور (النقطة القرمزية) في بول مرضى الفصام، فقد لوحظ أنه إذا عرضنا بول هؤلاء المرضى على ورق حساس للضوء؛ Paper chromatography فإنه يحدث- نقطة قرمزية- في موضع معين من هذا الورق الحساس، وهذا لا يحدث مع البول الطبيعي. وهذا

برهان دامغ على وجود اضطراب كيميائي وتمثيلي في جسم مرضى الفصام يؤدي إلى وجود مركبات كيميائية شاذة في البول. وما يزال الجدل قائماً بين العلماء حول موضوع (النقطة القرمزية)؛ فالبعض يقول إن سببها هو العقاقير الكيميائية التي تعطى لهؤلاء المرضى وهناك من يرى أنها تفاعل بين نوعيات الطعام التي يأكلها هؤلاء المرضى.

وفي تقديرنا أن العلماء إذا استطاعوا في الثانينات أو التسعينات تشخيص مرض الفصام بالكشف عن البول فإن ذلك سيؤدي إلى تطور خطير في العلاج والوقاية من هذا الاضطراب العقلي الخطير، وما يزال البحث جارياً حول ماهية هذه النقطة القرمزية.

وهناك علماء آخرون يرون أن سبب الفصام هو مناعة ذاتية داخل الجسم؛ وأنه يدور في دم الفصاميين أجسام مضادة تتفاعل مع مورثات مضادة في المخ تسبب اضطراباً في الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض هذا المرض.

وقد نشأت نظرية تؤمن بأن الفصام هو حالة مرضية فيزيولوجية سببها اندفاع وتخلل موجات كهربائية في الدماغ من نوع النوم الذي يصاحبه حركات العين السريعة، وأنها تزحف على الفرد أثناء اليقظة، وتسبب له اضطرابات شبيهة بما يحدث في الأحلام، وما زالت هذه النظرية تحت النقد والبحث.

وقد وجد العلماء المعاصرون أيضاً علاقة وطيدة بين مرض الصرع والفصام وربما كشفت هذه العلاقة مع المستقبل عن مزيد من المعرفة حول تشخيص أدق وعلاج أفضل لمرض الفصام.

وقد اتجه علماء (المدرسة النمائية) إلى ربط الفصام بعوامل تكوينية وذكروا أن الفصاميين يتصفون بالنمط الاكتومورفي الذي يعني صفة التوتر المزاجي الحاد والحساس جداً. ويواجهون بيئة تفتقر إلى الدفء العاطفي والإنساني. وهم ينسحبون ويقودهم هذا الانسحاب إلى حالة الفصام. ويركز أصحاب مدرسة التحليل النفسي على الصراعات وتجارب الطفولة واللاشعور في ظهور الفصام ويؤكد العالم (بلويلر) أنه نتيجة الصراع والإحباط. أما (أدولف ماير) فيرى أن الفصام استجابة للشخصية بأكملها على أساس البيئة الاجتماعية وتنظيم الشخصية، وأدى هذا الرأي لتحديد العوامل البيئية ولا سيما الصدمات النفسية في الطفولة ونشوء الحساسية المفرطة. والحرمان العاطفي في حياة الطفل والفرد يهيّء المناخ الملائم للفصام، وكذلك العلاقات أو المشكلات العائلية، وأنماط السلوك النكوصي.

وتؤكد الإحصائيات أن ٥٠٪ من نزلاء المستشفيات العقلية والمصحات النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية هم من الفصاميين وعلى الأخص في أوساط الشباب والفتيات. ويتمسك العالم (موت Mott) بالقول في إن الاضطراب في الغدد الصماء يقود إلى الفصام، بينما يرى (كريبلن) أن الفصام راجع إلى تسمم داخلي بسبب تغيرات كيميائية في الجسم. ويرى (ماير) أن الفصام يأتي نتيجة لفشل الفرد في محاولته التكيف مع البيئة، ولتراكم عادات خاطئة في ردود أفعال الفرد منذ الطفولة.

ولا شك أن التنشئة العائلية والاجتماعية الخاطئة تكوّن البلادة الانفعالية عند الفصامي وتنمي فيه البرود العاطفي، والهذاآت البارانوية.

وقبل الحديث عن - البارانويا الهذائية - نود استعراض أبرز نوعيات الفصام وخصائصها وسماتها.

نوعيات الفصام وسماتها المحدَّدة:

١ - الفصام البسيط: Simple Schizophrenia

يعتبر هذا النوع أبسط الأنواع خطراً وشدة من حيث الدرجة. يتسم أفراد هذه الفئة بالتبلد الانفعالي والانسحاب من العلاقات الاجتماعية وعدم الاهتمام بالجنس وعدم الإحساس بالمسؤولية والانخراط في صفوف المتشردين أو البغايا أو المجرمين. ويتصف سلوكهم بالاتكالية والاعتماد على الآخرين. ويفقدون أي حافز أو دافع للتحصيل أو الإنتاج وظهور تدهور عقلي واضح. ويظهر الفصام البسيط بشكل تدريجي يبدأ بعدم الاهتمام واللامبالاة في كل شيء ثم فقدان الإرادة والطموح والدافع وأخيراً تظهر الهذاآت والهلاوس ويصبح المريض في حاجة للعلاج.

٢ - فصام المراهقة: Hebephrenic Schizophrenia

السلوك فيه أحمق وشاذ ويسميه (كريبلن) جنون المراهقة؛ ينشغل التفكير في الموضوعات الفلسفية والدينية والأمور الجنسية والعادة السرية وكثرة التخيل والأوهام والانهيار الشديد. ويظهر فيه ضحك طفلي ينقلب إلى بكاء وصراخ. ويعتقد المريض أن أعداءً يلاحقونه، ويستغرق المريض بأفعال جنسية علنية دون إدراك لما يفعل. ويميل المريض لتكشير وجهه والتفاهة في سلوكه، ويعتقد أن دماغه قد تحلل وأن أمعاءه مليئة بالإسمنت أو أن قلبه مليء بالرمل.

٣ - الفصام التخشبي: Static Schizophrenia

يتصف بالانسحاب الكامل من الواقع وأمل الشفاء في هذا النوع قائم أكثر من بقية الأنواع. وفي الاستجابة التخشبية يتقلب المريض بين ذهول عميق Stuporous State وبين حالة الإثارة Excited State، وفي حالة الذهول تجمد كامل قد يستمر ساعات ولا يقوى على التبول أو التبرز أو الحركة وفي حالة الإثارة يمشي بسرعة ويسلك سلوكاً جنسياً مكشوفاً ويقوم بأفعال عدوانية ضد غيره وأحياناً ضد نفسه.

٤ - الفصام الكتاتوني: Catatonic Schizophrenia

يتسم هذا النوع بأعراض حركية غريبة فالمريض في حالات يكون بها ساكناً وفي حالات أخرى هائجاً ومتمرداً. ويعاني هلاوس وهذاآت قوية. ويكون في حالة ذهول كتاتوني وهو: Catatonic Stupor فإذا رفع الطبيب يده عالياً في أي وضع فإنه يحتفظ بذراعه ممتدة في الهواء عدَّة ساعات.

٥ - الفصام الهذائي - البارانوي: Paranoid Schizophrenia

ويطبع هذا النوع هذاآت الاضطهاد أو هذاآت العظمة. والمريض الهذائي عابس وشديد الشك ويتهم الناس دوماً باضطهاده وظلمه، وتصبح حياته مفككة. ولا بد من وضعه في المستشفى وهو تلقائياً يقاوم العلاج لعدم إدراكه لمشكلته. وأحياناً تأتيه هذاآت العظمة فيشعر أنه ملك أو قائد ويتعامل مع الناس على هذا الأساس. ومعظم الهلاوس لديه سمعية صوتية. كما يعاني خللاً وجدانياً وتفكيرياً.

٦ - الفصام الحاد غير المتميز: **Acute and Undefined**

التفكير فيه مختلط ومشوش: Perplexity والاستجابة الانفعالية مضطربة تظهر على شكل إثارة أو اكتئاب. ودراسة الحالة تنبىء على انهيار مقبل.

٧ - الفصام المزمن غير المتميز: **Chronic + Undefined**

يصعب تشخيص هذا النوع لوجود التشابه بينه وبين الحالات الفصامية الأخرى والبعض يسميها (الفصام الكامن أو قبل الذهاني). ولكي نكشف هذا النوع لا بد من استخدام الوسائل الإسقاطية مثل اختبار الرورشاخ ومن المشكلات التشخيصية في هذه الحالات، وجود نمط سطحي خارجي شبه عصابي: Pseudoneurotic يخفي وراءه الفصام الحقيقي.

٨ - الفصام الوجداني: **Affective Schizophrenia**

يتسم أفراد هذه الفئة بظهور عملياتهم الفكرية الفصامية مع الاستجابات الوجدانية التي تشبه نمط الهوس والاكتئاب. فقد نجد المريض في حالة إثارة وهوس أو في حالة اكتئاب شديد. وتوجد أعراض هذائية وعدم تناسب بين ضبط التفكير والاستجابة الانفعالية.

٩ - الفصام الطفولي: **Childhood Schizophrenia**

ما يزال هذا النوع مشكوكاً فيه وموضع جدال بين العلماء لأن الفصام

مرض يبدأ بمرحلة البلوغ. وقد تم إدراجه عام ١٩٥٢ في الكتيب الاحصائي التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي. وقد وصف العالم (بندر) مظاهر هذا النوع بالتالي:

- اضطراب الوظائف الحيوية من أكل ونوم وتعرق وتبول.
- اضطراب في النشاط الحركي ودوران الدماغ بعد سن (٦) سنوات.
- خلل في الاتزان الإدراكي واستعمال اللغة ومهارة ونبوغ في الرسم والموسيقى.
- اضطرابات سيكولوجية في مشكلات العلاقة بين الذات والواقع والبيئة، والعلاقات غير الذاتية محطمة دون شك؛ وكذلك التوجيه في الزمان والمكان غير واضح. هذا وإن فصام الطفولة هو حالة نادرة.

١٠ - الفصام المتبقي أو المتأخر: Latent Schizophrenia

ويستخدم هذا المصطلح لوصف المرضى الذين يصابون بانهيار فصامي ولكنهم تحسنوا بعد ذلك في وظائفهم في المجتمع إلا أنهم لا زالوا محتفظين ببقايا السلوك والتفكير والأفعال. ويفيدنا هذا المصطلح في ترتيب السجلات الإحصائية أكثر مما يفيدنا في فهم سلوك المريض.

١١ - الفصام الارتكاسي والتدرجي:

إن الفصام التدريجي يظهر على مدار سنوات تتزايد في شدتها مع مرور الزمن. وقد كشف اختبار الرورشاخ عدم وجود نشاط إدراكي في الفصام التدرجي، ووجود علامات عضوية مميزة بين أفراد الفصام التدريجي، وأفراد الفصام الارتكاسي.

أما الفصام الارتكاسي فيكشف عادة في المريض عن نمو اجتماعي مناسب مع شيء من التوتر المرافق للاستجابة الذهانية، والتنبؤ بالشفاء جيد. والمصاب بالفصام الارتكاسي ذو شخصية منظمة ووظائفه الإدراكية شبه متكاملة.

وقد كشفت دراسة (هيرون Herron) أن هناك قدرة على التجريد عند المصابين بالفصام التدريجي والارتكاسي في مستشفى فنسنت بنيويورك وأن السبيل الوحيد لتصنيف هذه الأنماط الفرعية الأخرى من الفصام إلى فصام تدريجي وفصام إرتكاسي يكون على أساس تاريخ الحالة ودراستها.

وقد اهتم الأطباء في مواجهة الفصام بصدمات الآنسولين والعلاج الكهربائي وكان النجاح بين (٤٠ - ٦٠٪) من الحالات وقاموا بالجراحة مثل القطع الجبهي للحالات المزمنة.

ومع التقدم العلمي ظهرت عقاقير حديثة (كالرسربين: Reserpines والفينوثيازين Phenothyazenes والكلوروبرومازين Chloropromozine وغيرها فحلت محل استعمال صدمات الآنسولين.

وقد طبق علماء نفسيون أمثال (روزن Rosen وفروم ريشمان From Reichman) أسلوب العلاج بالتحليل النفسي وقد استغرق وقتاً طويلاً وأدى لنتائج مشجعة. أما العلاج السلوكي Behavioral Therapy فقد أدى لنتائج أكثر نجاحاً وحسماً لمرض الفصام.

٢ - البارانويا أو الهذاء : Paranoia

تعريف البارانويا: وهي حالة مرضية ذهانية واضطراب وظائفي

Psychotic Disorder وتتصف بالأوهام والهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن الاضطهاد أو الشعور بالعظمة أو هذاء الجنس، أو هذاء الغيرة والمشاكسة. وتعود لأسباب نفسانية وبيولوجية. وتدعى جنون الاضطهاد أو جنون العظمة. ومن العلماء من يعيدها للكبت وصراع الفرد بين رغباته وذاته العليا ويرى (فرويد) أنها وليدة رغبات جنسية مثلية مكبوتة. وهناك من يفسر حالة الشعور بالاضطهاد كحيلة دفاعية يبرر بها الفرد شعوره بالنقص لأنه شديد الشك بالآخرين وشديد الحساسية بأنه الهدف السهل لمشاعر الغيرة.

الأعراض الإكلينيكية العامة للبارانويا:

١) أنواع من الوسوسات الوهمية المرتبطة بشعور الفرد بالمخاوف والاضطهاد والظلم والحسد من المجتمع تلاحق المصاب؛ ويطلق على هذا الشعور (البارانويا الاضطهادية: Persecution).

٢) يشعر الفرد بعدم فهم الآخرين له: Misunderstanding

٣) يبرز سلوك الفرد عموماً على شكل دفاعي: Defensive وتدور حالات الهذاء البارونية حول اعتقاد سياسي أو ديني أو حول التشبث الشديد بموضوعات معينة كالزواج أو عدم الزواج وغيرها.

٤) يتصف سلوك الفرد بسوء التوافق الاجتماعي وعدم الثبات والاستقرار على أية حالة، وكثرة الشك بالآخرين وبالقيم والمفاهيم وسرعة الغضب، والروح العدوانية والاكتئاب، والتفكير بالانتحار والحساسية غير الاعتيادية:

Poor Social Adjustment, Instability, Suspeciousness, Hostility, and Over Sensitivity.

٥) يتصف الفرد بالمغالاة والغرور وجنون العظمة (بارانويا الغيرة): أنا نابليون، أنا أمير عظيم، ويميل أحياناً إلى الغيرة الشديدة والحسد من شخص حوله عزيز عليه (بارانويا الغيرة):

Madness of Greatness or Jealousy.

٦) يعاني الفرد بعض (هذاآت جنسية) فيتصور أن فتاة ترسل له رسائل سرية عن طريق الراديو ومن شاشة التلفزيون أو المسرح، وقد تظهر الهذاآت على شكل (خيانات زوجية) أو يتصور من يهجم لقتله أو يضع له السم في طعامه.

٧) إن الشخصية رغم وجود المرض تكون عموماً متماسكة ونسبياً منتظمة وعلى اتصال لا بأس به بالواقع مع انحراف واضح على قدر الضغط الذي يعانيه الفرد من الهذاآت والأوهام: Pressures of Delusions.

٨) إن الشخصية البارونية متقلبة في علاقاتها وصداقتها بالآخرين فهي تضع شخصاً معيناً موضع الصدارة من الحب والتقدير وفجأة تتغير النظرة لأتفه الأسباب وتنزل قيمة الشخص العالية إلى الحضيض؛ ويظهر هذا السلوك في المجتمع العربي في علاقاتنا السياسية بين بلد عربي وآخر ومع الدول الأجنبية. والشخص البارانوي لا يصلح لمنصب القيادة لأنه لا يستطيع التصرف الناضج وحمل المسؤولية ولا يقبل النصح ويميل دوماً للمشاكسة.

٣ - حالات الهوس والاكتئاب (المانيا) Mania

يظهر الهوس على درجات، حالات أقل من الحادة، وأخرى حادة، وثالثة فوق الحادة.

أما النوع الأول فيطلق عليه (شبه الهوس Hypo Mania) والمصاب فيه ذو نشاط مستمر لا تعب فيه، يحب احتكار الحديث ويرفض أية معارضة لأقواله وأفعاله فلديه سلطة جائرة ويستحيل أن يحتمل النقد ويتدخل دوماً في شؤون لا تخصه فهو يطلق العنان لعواطفه المكبوتة.

أما النوع الثاني وهو (الهوس الحاد Severe Mania) فيكون على شكل نوبات عنيفة وطارئة من الهذيان. والفرد لا يعوزه الذكاء ولكنه يتعطل عن العمل ويعبر عن سروره بهياج عنيف وشرود.

أما النوع الثالث فهو (الهوس فوق الحاد Hyper Mania)؛ ويتصف بعنف التصرفات ويكون الفرد فيه خطراً على نفسه وعلى غيره ويجب عزله. ويسمى هذا المرض العقلي (الهوس) أحياناً (بالجنون الدوري) لأن المريض ينتقل فيه من هوس وهياج إلى هبوط واكتئاب. وفي النوع الأول للهوس يزعق المريض ويشتم وينفعل، أما النوع الثاني Mania Depressive فيشتد الانفعال والهياج ويصل إلى تحطيم الأشياء ومحاولة الاعتداء على الغير والشتائم ثم الضحك بصوت عال وبعدها هدوء واكتئاب.

جنون الاكتئاب (المالينخوليا): Melancholia

ويتجه المصاب بهذا النوع من الجنون الاكتئابي إلى التشاؤم ويتوهم أنه مصاب بأمراض فتاكة لا أمل من شفائها وينتهي به الأمر إلى قطع أصابعه

ولا سيا أعضاءه التناسلية لأنها مصدر خطاياه بنظره. ويتخذ جنون الاكتئاب ثلاثة أشكال:

أ- حالات الاكتئاب البسيط: وفيها بطء عقلي وجسمي وعدم اشتراك بأي نشاط عملي.

ب- حالات اكتئاب حاد: المريض ينعزل فيها نهائياً عن المجتمع ولا يجيب على أي كلام. ويتوهم نفسه مجرماً ويقترب من الانتحار.

جـ- حالات اكتئاب سن اليأس: وهي عند النساء بين (٤٠ - ٥٠) وعند الرجال بين (٥٠ - ٦٥) ويسودها ضعف جسمي وفيزيولوجي شامل وخمول في افرازات الغدد وهواجس سوداوية متشائمة وعلامات للقلق والشرود ويتحرك المصاب ذهاباً وإياباً في الغرفة ويشد شعره ويعض شفتيه ويندب حالته ويرفض الطعام ويعتدي على كل من يقترب منه. ومن العلماء من يرى في هذه الأعراض انعكاساً لفقدان الهرمونات الجنسية عند المريض.

حواشي الفصل التاسع

(١) عقاقير مستعملة ضد الاكتئاب: أميبرامين Imipramine

- التوفرانيل: Tofranil ٧٥ - ٢٠٠ م.غ يومياً.
- بيرتوفران: Pertofran ٧٥ - ٢٠٠ م.غ يومياً.
- سيرمونتيل: Surmontil ٧٥ - ٢٠٠ م.غ يومياً.
- تريبتيزول: Tryptizol ٧٥ - ٢٠٠ م.غ يومياً.
- كونكوردين: Concordin (٣٠ - ٨٠) م.غ يومياً.
- ثيوريدازين: Thioridazine

(٢) عقاقير وأدوية مستعملة لتخفيف التوتر والهوس والهياج الحركي الزائد:

- كلوربرومازين: Chlorpromazine.
- ڤاليوم: Valium.

(٣) راجع الدكتور أحمد عكاشة: علم النفس الفيزيولوجي: ص ٢٥٦ دار المعارف بمصر - القاهرة: ١٩٦٨.

(٤) سيتناول المؤلف في كتابه القادم (أساليب العلاج النفسي) كافة مناهج العلاج.

(٥) راجع الدكتور أحمد عكاشة: علم النفس الفيزيولوجي. ص ٢٥١ - ١٩٦٨ - دار المعارف بمصر - القاهرة.

الفصل العاشر

التصنيف السوفييتي للأمراض النفسية والعقلية

الفصل العاشر

التصنيف السوفييتي للأمراض النفسية والعقلية

تمهيد:

لقد تطرقنا في (الفصل الرابع) من هذا الكتاب للحديث عن التشخيص واستعرضنا التصنيف العلمي للأمراض العقلية والنفسية الصادر عن (جمعية الطب النفسي الأمريكي) لعام ١٩٦٨ . ولعل من الخطأ الفادح الذي تقع به مُعظم المؤلفات العربية في عصرنا؛ هو وضع القارىء العربي أسيراً في قيود (وجه واحد) من العملة العلمية العالمية، دون إتاحة الفرصة أمامه ليرى الوجه الآخر لها. وانطلاقاً من هذه الشمولية في عرض التنظيرات المتعددة فقد وجدت بأنَّ الضرورة تقتضي إتاحة الفرصة أمام - القارىء العربي - لمعرفة التصنيف السوفييتي للأمراض النفسية والعقلية.

يرى الأطباء العقليون الروس أن هنالك ضرورة ماسة للتعاون الوثيق بين العديد من الاختصاصات لحل مشاكل الاضطرابات العقلية في نشأتها وعلاجها. وهذا التعاون يجب أن يكون بين الأطباء العقليين والنفسانيين والجسميين، وعلماء الفيزيولوجيا والكيمياء الحيوية والباثولوجيين وعلماء الغدد وغيرهم.. وقد بدأ (باڤلوف) الطريق وتابع تلاميذه من بعده المساهمات الضخمة في علم النفس المرضي التجريبي بخلق حالات عصابية

وذهانية تجريبية في الحيوانات للوصول من خلالها إلى معرفة (أمراض النفس الإنسانية). وقد استخدموا العقاقير والمواد الكيميائية والأشعة والكهرباء والتخدير لافتعال حالات غيبوبة وهلوسات كما يحدث في الفصام وطبقوها على الحيوانات من أجل غاية علمية جليلة هي إثراء معرفتنا حول الأمراض النفسية والأمراض العقلية.

ويبتعد العلماء السوفييت عن التركيز على (المرض) ونقاط الضعف، ويجعلون جوهر اهتماماتهم (دراسة شخصية المريض ككل) ولهذا فهم يفردون علماً مستقلاً عن الطب العام وهو (الطب النفسي) Psychological Medicine أو علم النفس الطبي: Medical Psychology ويرى العالمان (بورتنوف وفيدوتوف) أن هذا العلم الحديث يجب أن يشغل اليوم مكاناً قيادياً في ميدان المعارف المعقدة الدقيقة التي تستلزم كل طبيب ومختص. وعلم النفس على هذا هو علم (العمليات النفسية) وعلم صفات الشخصية المعبرة عن نفسها: Attributes في مختلف الأمزجة، وأنماط الطباع، والنشاط الاجتماعي. ونفسية المريض Patient's Psyche تلعب ملامحها الخاصة دوراً هاماً في أي مرض. كما أنَّ تغيرات هذه النفسية تحدث ليس فقط في الأمراض العقلية والعصابية بل أيضاً في الكثير من الأمراض العصبية والجسمية.

ولم يعد بإمكان أي طبيب أن يتجاهل (النواحي النفسية) في المرض الجسمي تشخيصاً وعلاجاً.

ويرى العلماء السوفييت أن المنطلق يجب أن يكون- فيزيولوجياً وبايوكيميائياً؛ فموضوع علم النفس الطبي الأساسي عندهم هو دراسة (استجابة الشخصية للمرض)، ودراسة أنماط الاتصال والعلاقات بين

الطبيب والمريض، وثالثاً دراسة المريض ومن حوله من الناس والمؤثرات؛ بهدف خلق أنسب وأكفأ ظروف تناول المريض علاجياً بما يتفق مع ملامح شخصيته الفردية.

ويؤكد بورتنوف وفيدوتوف[1] بأنه في مجال الطب العقلي يتلاحم علم النفس الطبي: Medical Psychology مع الطب العام: General Medicine وينشأ منهما علم يدرس أسباب وتطور وتشخيص وعلاج أمراض النفس بما يميزه عن علم الأمراض النفسية، وعلم النفس المرضي. فعلم الأمراض النفسية: Psychopathology يدرس التغيرات المرضية في النفس التي تظهر في مختلف أنواع الذهان (مثل: التوهمات، والحالات الوجدانية، واضطرابات الذاكرة، والإرادة والشعور..)؛ أما علم النفس المرضي Pathopsychology فهو فرع من علم النفس الطبي يختص بطرق البحث السيكولوجي التي تستخدم الدراسة الإكلينيكية للحالة العقلية للمريض فيما يتصل- ليس فقط بمرضه ذاته- بل أيضاً بالإمكانيات التعويضية أو التحملية الكامنة في شخصيته.

ونود الإشارة في أن ثمة ثلاثة اتجاهات تسيطر على تفكير العلماء السوفييت وهي:

١ - النظرة المادية **Materialist View** : فهم يربطون بحوثهم ودراساتهم عن الاضطرابات العقلية (بالمخ والجهاز العصبي) ويعتبرون أن نقطة البداية هي الكشوف الباڤالوفية ومبدأ المنعكس الشرطي ويتأثر علم النفس عندهم عموماً بالإشراط والانعكاس والأعصاب والدماغ والفيزيولوجيا ويبتعد عن التحليل النفسي والميتافيزيك.

٢ - يركز العلماء السوفييت على أولوية (الجماعة والمجتمع) ودورها فوق

(الفرد) في إحداث الاضطراب العقلي والنفسي؛ وبالتالي في تأمين العلاج والشفاء؛ فالمجتمع والبيئة هما المصدر الحقيقي للمشكلات القائمة عند الأفراد ولا بد من (تغيير بنية المجتمع ونظام الإنتاج وعلاقاته ومؤسساته) لضمان المناخ النفسي المساعد للفرد في التغلب على مشكلاته الذاتية؛ بينما تميل الدول الرأسمالية على التركيز (على الفرد) ووضعه في مستوى الأولوية.

٣- لقد استفاد العلماء السوفييت من المحاولات المعاصرة التي بدأها العالم النفساني البريطاني (آيزنيك)؛ في إلقاء اهتمام علم النفس المرضي بتصنيف الناس وتقسيمهم إلى مجانين وأسوياء، والقول كبديل لذلك بفكرة الخط المستمر في المرض النفسي: Continum. وقد تمكن آيزنيك من دراسة أمراض العقل بالتحليل العاملي Factor Analysis للشخصية. وقد وجد العلماء السوفييت من إدخال التحليل العاملي في صميم البحوث المرتبطة بالأمراض العقلية والنفسية (الفرصة الذهبية) ليجعلوا موضوع الطب النفسي (علاج شخصية المريض) مقابل اختصاص الطب العقلي (بكل موقف المرض جسماً وعقلاً؛ مادة ونفساً).

ويبدو هذا التحديد بمثابة أسلوب للتوضيح في أن الاتجاه السوفييتي يهتم بالصحة الاجتماعية للفرد الذي يعيش في وسط اجتماعي؛ أكثر من اهتمامه بفرد يعيش منعزلاً عن مؤثرات بيئته. كما أنه لا يحاول مزاولة التأثير على شخصية الفرد بالعقاقير النفسية التي بدأت الولايات المتحدة وأوربا استخدامها لأغراض (غير علاجية)[٢].

أما التفرقة في الدول الرأسمالية الغربية بين الطب النفسي والطب العقلي فيخضع لصدامات مهنية Professional Conflicts لأن الطبيب العقلي Psychiatrist لا بد من أن تكون لديه خلفية من الطب متخصصة

بجانب تدريبه على علم النفس، بينما المحلل النفسي Psychoanalyst فهو الحامل لشهادة الدكتوراة في علم النفس: PH.D وفي بروز أهمية علم النفس الإكلينيكي وتخرج علماء نفس إكلينيكيين بدأت الفجوة تضيق بين الطرفين وأصبح معظم المزاولين للتشخيص والعلاج من الأخصائيين النفسانيين بصرف النظر عن الخلفية الطبية لهم. ويشير الدكتور كمال دسوقي رئيس قسم الدراسات الفلسفية والاجتماعية بجامعة بيروت في كتابه (الطب العقلي والنفسي)؛ بقوله:

« إن جمهورية مصر العربية عن طريق إدارة العلاج الحر بوزارة الصحة العامة تجيز لمدرسي علم النفس من الدكاترة في الجامعات والمعاهد المتخصصة بعد سنوات من حصولهم على الدكتوراة في علم النفس بمزاولة العلاج النفسي »[٣].

وقد ظهر في العصر الحديث اتجاه جديد يتناسق ويتماشى إلى حد كبير مع التفسير السوفييتي للأمراض العقلية والنفسية على يد العالم (فيليبس ليزلي: Philips Lesile) يؤكد أن النظرة لأعراض المرض Symptoms يجب أن ينظر إليها لا على أنها علامات مرض بل هي جهود الشخص غير المجدية للإحاطة بمشاكل حياته الخاصة وعجزه عن التوافق مع البيئة[٤].

فالأعراض على هذا هي (شخصية المريض) التي تحاصرها صعوبات فوق ما يحتمل أو يطيق وكلها عناصر خبرة شخصية تشير لمجتمع وحياة لها تاريخ وديناميات ذات تأثير بعيد في تكوين الأعراض والحالة التي نواجه.

وفيما يلي من صفحات سنعرض للقارىء العربي التصنيف السوفييتي الكامل مأخوذاً من المصدر رقم (٢) المشار إليه.

التصنيف الروسي للأمراض العقلية والنفسية(٥)

قائمة بالاضطرابات وأرقامها الرمزية جدول (٤)

(١) التأخر العقلي

التأخر العقلي (٣١٠ - ٣١٥).
٣١٠ التأخر العقلي الحدي Borderline.
٣١١ التأخر العقلي الخفيف.
٣١٢ التأخر العقلي المتوسط.
٣١٣ التأخر العقلي الشديد.
٣١٤ التأخر العقلي العميق.
٣١٥ التأخر العقلي غير المعين Unspecified.

يجب أن تستخدم تفريعات الرقم الرابع التالية مع كل من الأنواع السابقة، كما يجب تحديد نوع الحالة الجسمية المرتبطة كتشخيص إضافي حين تكون معروفة.

- صفر عقب إصابة أو تسمم.
- ١ أثر صدمة أو عامل جسمي.
- ٢ مع اضطرابات أيض، أو نمو، أو تغذية.
- ٣ المرتبطة بمرض مخ كبير (بعد الولادة).
- ٤ المرتبطة بأمراض وحالات ترجع لتأثير (غير معروف) ما قبل الولادة.

- ٥ مع شذوذ كروموزومي (صبغيات الجينات).
- ٦ المرتبط بعدم النضج.
- ٧ عقب اضطراب عقلي رئيسي.
- ٨ عن حرمان (بيئي) سيكواجتاعي.
- ٩ مع حالة أخرى (غير معينة).

(٢) جملة أعراض المخ العضوية

الاضطرابات التي تنشأ عن أو ترتبط بتلف وظيفة نسيج المخ. وفي الأنواع المدرجة تحت (٢) أ، (٢) ب، يجب أن يحدد نوع الحالة الجسمية المرتبطة إذا كانت معروفة.

(٢) أ الذهانات المرتبطة بأعراض مخ عضوية (٢٩٠ - ٢٩٤):

٢٩٠ جنون الشيخوخة وما قبل الشيخوخة

- صفر جنون الشيخوخة.
- ١ جنون ما قبل الشيخوخة.

٢٩١ ذهان الإدمان الكحولي

- صفر الرجفة الهذيانية Delirium Tremens
- ١ ذهان كورساكوف (كحولي).
- ٢ هلوسات ادمانية أخرى.
- ٣ حالة الهذاء الكحولي (البارانويا الكحولية).
- ٤ التسمم الكحولي الحاد.
- ٥ التدهور الكحولي.

- ٦ التسمم الباثولوجي.
- ٩ ذهانات كحولية أخرى (غير محددة النوع).

٢٩٢ الذهان المرتبط باصابة داخل الجمجمة Intracranial Infect

- صفر ذهان الشلل العام.
- ١ الذهان من زهري آخر بالجهاز العصبي المركزي.
- ٢ ذهان التهاب المخ أو الدماغ الوبائي Encephalitis.
- ٣ ذهان الالتهابات الدماغية الأخرى (غير محددة النوع).
- ٩ ذهان إصابات داخل الجمجمة الأخرى (غير محددة النوع).

٢٩٣ ذهان مرتبط بحالة مخية أخرى Cerebral

- صفر ذهان تصلب الشرايين بالمخ Arteriosclerosis.
- ١ ذهان اضطراب أوعية مخ آخر Cerebrovascular.
- ٢ ذهان الصرع.
- ٣ ذهان خراج داخل الجمجمة Intracr. Neoplasm.
- ٤ ذهان مرض تشويهي للجهاز العصبي المركزي.
- ٥ ذهان رضوض (صدمة) المخ.
- ٩ ذهان حالة مخية أخرى (غير محدد النوع).

٢٩٤ ذهان مرتبط بحالة جسمية أخرى

- صفر ذهان اضطراب افراز الغدد الصماء.
- ١ ذهان اضطراب الأيض أو التغذية.
- ٢ ذهان إصابة جهاز Systemic Infect.

- ٣ ذهان تسمم المخدر أو السم (غير الكحولي).
- ٤ ذهان مع الولادة.
- ٨ ذهان حالة جسمية أخرى وغير مشخص.
- ٩ ذهان حالة جسمية غير محددة النوع.

(٢) ب أعراض المخ العضوية غير الذهانية (٣٠٩)

٣٠٩ جملة أعراض المخ العضوية (ا م ع) غير الذهانية (اضطرابات عقلية غير محددة كذهان وترتبط بحالات جسمية):

صفر ا م ع غير ذهاني مع إصابة داخل الجمجمة
- ١ ا م ع/ غ ذ بالمخدر، أو السم، أو تسمم جهازي.
١ - ٣ ا م ع/غ ذ بإدمان كحولي (سكرة بسيطة).
١ - ٤ ا م ع/غ ذ بمخدر، أو سم، أو تسمم جهازي.
- ٢ ا م ع/غ ذ رضوض المخ.
- ٣ ا م ع/غ ذ اضطراب دورة الدم.
- ٤ ا م ع/غ ذ الصرع.
- ٥ ا م ع/غ ذ اضطراب الايض، أو النمو، أو التغذية.
- ٦ ا م ع/غ ذ مرض المخ الشيخوخي أو ما قبل الشيخوخي.
- ٧ ا م ع/غ ذ خراج داخل الجمجمة.
- ٨ ا م ع/غ ذ مرض تشويهي للجهاز العصبي المركزي.
- ٩ ا م ع/غ ذ حالة جسمية أخرى (غير محددة النوع).
٩١- أعراض مخ حادة (غير معينة في مكان آخر).
٩٢- أعراض مخ مزمنة (غير معينة في مكان آخر).

(٣) ذهانات لا ترجع للحالات الجسمية السابق تصنيفها (٢٩٥ - ٢٩٨)

٢٩٥ الفصام

- صفر الفصام النوع البسيط.
- ١ الفصام النوع المراهقي.
- ٢ الفصام النوع التصلبي.
  - ٢٣ الفصام النوع التصلبي المستثار.
  - ٢٤ الفصام النوع التصلبي المنسحب.
- ٣ الفصام النوع الهذائي.
- ٤ الشطحة Episode الفصامية الحادة.
- ٥ الفصام النوع الكامن.
- ٦ الفصام النوع المترسب.
- ٧ الفصام النوع الانفصامي الوجداني.
  - ٧٣ الفصام نوع انفصام الوجدان مستثار.
  - ٧٤ الفصام نوع انفصام الوجدان مكتئب.
- ٨ الفصام النوع الطفولي.
- ٩٠ الفصام النوع المزمن غير المميز.
- ٩٩ الفصام أنواع أخرى (غير محددة النوع).

٢٩٦ الاضطرابات الوجدانية الكبرى (ذهانات الوجدان)

- صفر سوداء يأس الكهولة.
- ١ المرض الاكتئابي الجنوني: النوع الجنوني من الذهان.
- ٢ المرض الاكتئابي الجنوني: النوع الاكتئابي من هذا الذهان.
- ٣ مرض الاكتئاب الجنوني: النوع الدوري من هذا الذهان.

٣٣ مرض الاكتئاب الجنوني، النوع الدوري جنوني.
٣٤ مرض الاكتئاب الجنوني، النوع الدوري مكتئب.
- ٨ اضطراب وجداني آخر كبير (الذهانات الوجدانية، غيرها).
- ٩ اضطراب وجداني كبير غير محدد النوع.
(اضطراب وجداني غير مصنف في مكان آخر).
(مرض هوس اكتئابي غير مصنف في مكان آخر).

٢٩٧ حالات الهذاء (البارانويا):

- صفر البارانويا.
- ١ حالة اليأس البارانوئية - البارافرنيا.
- ٩ حالات هذائية أخرى.

٢٩٨ ذهانات أخرى

- صفر الاستجابة الذهانية الاكتئابية (الذهان الاكتئابي الاستجابة).
- ١ الاثارة الاستجابية Reactive Excitation.
- ٢ الارتباك الاستجابي React. Confusion.
(حالة ارتباكية حادة أو شبه حادة).
- ٣ الاستجابة الهذائية الحادة.
- ٩ الذهان الاستجابي - غير محدد النوع.

٢٩٩ ذهان غير محدد النوع

(الهوس، والجنون، والذهان غير المصنف في مكان آخر).

(٤) أمراض العصاب (٣٠٠)

٣٠٠ أمراض العصاب

- صفر عصاب القلق.
- ١ عصاب الهستيريا.
  ١٣ عصاب الهستيريا النوع التحويلي.
  ١٤ عصاب الهستيريا النوع التفككي.
- ٢ عصاب الخواف Phobic.
- ٣ عصاب تسلط الأفعال والأفكار Obsessive Compulsive.
- ٤ عصاب الاكتئاب.
- ٥ عصاب الوهن أو الخور النفسي (النيورستانيا).
- ٦عصاب افتقاد الشخصية Depersonalization.
- ٧ عصاب توهم المرض.
- ٨ أنواع عصاب أخرى.
  (٩ أمراض عصاب غير محددة النوع).

(٥) اضطرابات الشخصية وبفعل اضطرابات عقلية أخرى غير ذهانية (٣٠١ - ٣٠٤)

٣٠١ اضطرابات الشخصية

- صفر الشخصية الهذائية.
- ١ الشخصية المتقلبة الأطوار (الشخصية الوجدانية).
- ٢ الشخصية الفصامية.
- ٣ الشخصية المتفجرة.

- ٤ الشخصية التسلطية (المغلوبة على أمرها Anankastic).
- ٥ الشخصية الهستيرية.
- ٦ الشخصية الواهنة أو الخائرة Asthenic.
- ٧ الشخصية اللااجتماعية.
- ٨١ الشخصية السلبية العدوانية.
- ٨٢ الشخصية القاصرة Inadequate.
- ٨٩ اضطرابات شخصية أخرى من أنواع معينة.
(٩ اضطراب شخصية غير محدد النوع).

٣٠٢ الانحرافات الجنسية

- صفر الجنسية المثلية.
- ١ حب مستلزمات الجنس الآخر Fetishism.
- ٢ عشق الصغار Pedophilia.
- ٣ الالتباس بالجنس الآخر Transvestitism.
- ٤ الميول الاستعراضية.
- ٥ البصبصة (زناالعين) Voyeurism.
- ٦ السادية.
- ٧ المازوكية.
- ٨ انحرافات جنسية أخرى.
(٩ انحرافات جنسية غير محددة النوع).

٣٠٣ الإدمان الكحولي

- صفر إفراط الشراب الاستطرادي Episodic.
- ١ إفراط الشراب بالاعتياد.

- ٢ ادمان الشراب.
- ٩ ادمان كحولي آخر غير محدد النوع.

٣٠٤ تعاطي المخدرات

- صفر تعاطي المخدر: افيون، وشبه قلويات الافيون ومشتقاتها.
- ١ تعاطي المخدر مركبات تخديرية Analgestics ذات آثار شبيهة بالمورفين.
- ٢ تعاطي المخدر عقارات الباربيتال المنومة.
- ٣ تعاطي المخدر المنومات والمسكنات أو المهدئات الأخرى.
- ٤ تعاطي المخدر الكوكايين.
- ٥ تعاطي المخدر القنب الهندي Cannabis Sativa. (الحشيش والماريهوانا).
- ٦ تعاطي المخدر منبهات نفسية أخرى.
- ٧ تعاطي المخدر عقارات الهلوسة.
- ٨ تعاطي المخدر تعاطي مخدرات أخرى.
(٩ تعاطي مخدر غير محدد النوع).

(٦) الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (٣٠٥)

٣٠٥ الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (اضطرابات جسمية يفترض أنها من أصل نفسي)

- صفر الاضطراب الجلدي السيكوفيزيولوجي.
- ١ اضطراب الهيكل العضلي السيكوفيزيولوجي.
- ٢ الاضطراب التنفسي السيكوفيزيولوجي.

- ٣ اضطراب أوعية القلب السيكوفيزيولوجي.
- ٤ الاضطراب الدموي واللمفاوي السيكوفيزيولوجي Hemic, Lymphatic
- ٥ الاضطراب المعدي المعوي السيكوفيزيولوجي.
- ٦ الاضطراب البولي التناسلي السيكوفيزيولوجي.
- ٧ اضطراب الغدد الصماء السيكوفيزيولوجي.
- ٨ اضطراب أحد أعضاء الحس السيكوفيزيولوجي.
- ٩ اضطراب سيكوفيزيولوجي من نوع آخر.

(٧) أعراض خاصة (٣٠٦)

٣٠٦ أعراض خاصة لم يرد تصنيفها في مكان آخر

- صفر اضطراب الكلام.
- ١ اضطراب تعلم خاص.
- ٢ اللازمة اللاارادية الحركية Tic.
- ٣ اضطراب حركي نفسي آخر.
- ٤ اضطرابات النوم.
- ٥ اضطرابات التغذية.
- ٦ البوال (تبول لاإرادي) Enuresis.
- ٧ عدم ضبط التبرُّز Encopresis.
- ٨ وجع الرأس Cephalalgia.
- ٩ اعراض أخرى.

(٨) اضطرابات موقفية عارضة (٣٠٧)

٣٠٧ اضطرابات موقفية عارضة (عابرة، وقتية أو مرحلية انتقالية Transient)

- صفر الاستجابة التوافقية للمواليد.
- ١ الاستجابة التوافقية للطفولة.
- ٢ الاستجابة التوافقية للمراهقة.
- ٣ الاستجابة التوافقية في حياة الراشد.
- ٤ الاستجابة التوافقية للسن المتأخرة.

(٩) اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (٣٠٨)

٣٠٨ اضطرابات سلوك الطفولة والمراهقة (اضطرابات سلوك الطفولة)

- صفر استجابة فرط الحركة Hyperkinetis في الطفولة (أو المراهقة).
- ١ استجابة الانسحاب في الطفولة (أو المراهقة).
- ٢ استجابة القلق الزائد في الطفولة (أو المراهقة).
- ٣ استجابة الهروب Runaway في الطفولة (أو المراهقة).
- ٤ الاستجابة العدوانية غير النامية اجتماعياً في الطفولة (أو المراهقة).
- ٥ الاستجابة لجناح الجماعة في الطفولة (أو المراهقة).
- ٩ استجابات أخرى للطفولة (أو المراهقة).

(١٠) حالات بدون اضطراب عقلي ظاهر والحالات غير المحددة النوع (٣١٦ - ٣١٨)

٣١٦ توافقات اجتماعية دون اضطراب عقلي ظاهر

- صفر عدم التوافق الزواجي.
- ١ عدم التوافق الاجتماعي.
- ٢ عدم التوافق المهني.
- ٣ السلوك غير الاجتماعي Dyssocial.
- ٩ عدم توافق اجتماعي آخر.

٣١٧ حالات غير محددة النوع

٣١٨ عدم وجود اضطراب عقلي

(١١) مصطلحات غير تشخيصية للاستعمال الاجرائي (٣١٩)

٣١٩ اصطلاحات غير تشخيصية للاستعمال الإداري

- صفر التشخيص مؤجل Deferred.
- ١ تحت الرعاية في بيت خاص.
- ٢ للتجربة فقط.
- ٩ غير ذلك.

وعلى نفس النسق تقريباً يسير الطب العقلي في روسيا إذ يقول الاطباء الروس[٦] (١٩٦٨) ان الطب العقلي يدرس ما يلي من أمراض وانحرافات نحو Anomalies :

١ - ذهانات ترتبط بأمراض منتقلة **Infectious**:

أ- اضطرابات عقلية في الأمراض المعدية الحادة (تيفوس، سل، انفلونزا...).

ب- اضطرابات عقلية في الأمراض المعدية المزمنة (زهري المخ، الشلل العام، التهاب الدماغ).

٢ - ذهانات ترتبط بالتسمم **Intoxication**:

أ- اضطرابات عقلية في السموم المهنية (الرصاص، تراثيل الرصاص، أول أوكسيد الكربون).

ب- أنواع جنون التخدير (الكحولية المزمنة، رجفة الهذيان، ذهان كورساكوف، المورفينية... الخ).

٣ - اضطرابات عقلية ترتبط بأثر صدمة في المخ **Traumatic**:

أ- ذهانات الصدمات الحادة.

ب- مرض الدماغ من أثر الصدمة.

٤ - اختلالات عقلية في الأمراض الجسمية **Somatic**:

أ- الاضطرابات العقلية في أمراض القلب.

ب- الاضطرابات العقلية في أمراض أعضاء البطن.

٥ - الاضطرابات العقلية في أمراض الأوعية الدموية **Vascular**:

أ- تصلب شرايين المخ.

ب- مرض فرط توتر الأوعية Vasc. Hypertension.

٦ - الاضطرابات العقلية في سن اليأس **Involution**:

أ- ذهانات ما قبل الشيخوخة (الكهولة).

ب- ذهانات الشيخوخة.

٧- الاستجابة الفصامية.

٨- الاستجابة الجنونية الاكتئابية (هوس الاكتئاب).

٩- الصرع.

١٠- أمراض العصاب:

أ- الوهن العصبي.

ب- الوهن النفسي.

جـ- الهستيريا.

د- الاستجابة التسلطية.

١١- الأمراض السيكوباتية.

١٢- التخلفات العقلية.

١- أمراض عقلية علتها غير معروفة

١- الفصام (الخبل المبكر، اضطرابات فصامية، استجابات فصامية)

أ- النوع البسيط.

ب- النوع المراهقي.

جـ- النوع البرانوئي.

د- النوع الترددي Periodic (الفصام الحاد، التخشب الترددي النوبات، الفصام الدوري Circular، الفصام الاكتئابي البرانوئي).

٢- البرانويا (الهذاء)

٣- ذهان الاكتئاب الجنوني (الذهان الدوري، الجنون الدوري Cyclothymia، الاكتئاب أو الهوس).

٤ - ذهان الشيخوخة:

أ- ما قبل الشيخوخة (كآبة اليأس)، سوداء التقاعد، Climacteric Melanch. (اكتئاب تقدم سن اليأس).

ب- حالة ما قبل الشيخوخة البرانوئية.. توهم العطب من الكهولة، فصام الكهولة البارانوئي (بارافرنيا) وغيره من ذهانات التوهم في سن الاكتهال Presenility.

٥ - جنون الشيخوخة.

٦ - مرض الزهايمر Alzheimer's Dis.

٧ - الصرع.

٢ - أمراض عقلية (اضطرابات) ترتبط بأمراض جسمية عامة، وبالعدوى، والتسمم، والصدمات والآفات العضوية الأخرى

١ - اضطرابات عضوية في أمراض الشرايين (تصلب الشرايين، فرط توتر الشرايين، التهاب تجلط شرايين المخ Cerebrovascular Thr. Thrombo-Angilitis.

٢ - حالات الوهن المزمن والحالات شبه العصابية.

٣ - الاضطرابات النفسية في الالتهاب السحائي Meningitis وفي التهاب الدماغ Encephalitis.

٤ - الاضطرابات العقلية المرتبطة بزهري المخ (سفلس):

أ- زهري المخ.

ب- الشلل التدرجي.

٥- الاضطرابات النفسية في الأمراض الجسمية العامة غير المعدية (أمراض القلب والكبد، وجهاز الغدد ...الخ).

٦- أمراض التسمم الذهانية.

أ- الكحولية المزمنة.

ب- ذهانات الادمان الكحولي (الهذيان، الارتعاش، الهلوسة الكحولية، التوهم الكحولي لعدم الوفاء الزوجي، التسمم الكحولي الباثولوجي، شبه الشلل أو الشلل الكاذب، ذهان كورساكوف، مرض دماغ ورنكه Wernicke).

جـ- جنون تسمم أخرى (هوس المخدرات).

د- تسممات مهنية وغيرها (ذهاناتها الحادة والمزمنة، حالات الترسب Residual).

٧- أمراض عقلية ترجع لاصابة المخ (صدمات المخ، جرح مفتوح، مقفل Open, Closed، صدمة الجمجمة... الخ)، الصدمات الكهربائية.

أ- ذهانات الصدمات الحادة.

ب- الذهانات المزمنة.

جـ- اضطرابات الشخصية الدائمة وحالات الوهن.

٨- اضطرابات الذهان لدى الأشخاص المصابين بأمراض عضوية أخرى:

أ- ناشئة عن تورم المخ.

ب- أمراض عصبية أخرى (تصلب شاركو المتناثر Disseminated Scler. خراجات المخ Br. Abscesses مرض هنتنجتون... الخ).

٩- الجنون الراجع إلى عمليات ضمور جهازية في المخ (في سن الكهولة أساساً):

أ- مرض بيك Pick .

١٠- اضطرابات نفسية ناشئة عن تأثرات عضوية مترسبة عن علل مختلفة:

أ- الذهانات الدورية.

ب- حالات عدم التعويض (الاعراض الاكلينيكية الشبيهة بالنيوروباتية والسيكوباتية) التي تثيرها علل خارجية التكوين (جسمية ونفسية).

٣- الاستجابات والتكوينات النفسية الأصل

أ- ذهانات من أصل نفسي Psychogenic استجابية .

ب- الذهانات الهستيرية الحادة (حالات الرؤى الشفقية، ذهول الغيبوبة Stupor، شبه الجنون، الصبيانية Puerilism).

جـ- الحالات البرانوئية النفسية التكوين.

د- الاكتئاب الاستجابي.

هـ- صور أخرى (توهمات استنتاجية .Induced Del توهم المرض، حب الاشكالات والتقاضي Litigious Ideas - توهمات الاحقاد).

١١- أمراض العصاب:

أ- الوهن أو الخور (لا تشمل هذه المجموعة حالات الوهن التي ترجع لانتقال الأمراض، أو للتسمم، أو للصدمات، أو للأمراض الجسمية العامة غير المعدية): استجابة الوهن، الوهن النفسي الأصل، عصاب التعب... الخ.

ب- عصاب الحالات التسلطية (مختلف التسلطات والمخاوف).

جـ- الهستيريا (النسيان، العمى، احتباس الصوت Aphonia الصمم

والبكم Surdomutism، الارتعاشات، الشلل، العجز عن النهوض Astasia-Abasia فقدان حاسة الشم Anosmia).

د- حالات عصابية، خصوصاً في الأطفال (البكم الاختياري، التهتهة أو اللجلجة، الاختلاجات الملازمة Tics، فقدان الشهية Anorexia، القيء الاعتيادي، البوال Enuresis ... الخ).

٤- اضطرابات عقلية ترجع لمرض نفسي ارتقائي (انحرافات الطبع أو السلوك التكوينية الثابتة، تأخر النمو العقلي المتعدد الأسباب المرضية)

١- الشخصية السيكوباتية:

أ- الانماط الوجدانية (الشخصية المريضة النفس عاطفياً نسبة لغدة التيموس Thymopathic): الناقصة الوجدان Hypothymic (مكتئبة)، المفرطة الوجدان (مستثارة)، الدورية الوجدان، الشخصية المتقلبة الانفعال Emotional-Labile = Irascible.

ب- الواهنة (مرض عصبي تكويني، وهن نفسي).

جـ- الشخصية شبه الفصامية.

د- الشخصية شبه البرانوئية.

هـ- الشخصية الهستيرية (مرض الكذب Pseudologia ونحوه).

و- الانحراف الجنسي.

ز- الشخصية غير الثابتة... الخ. عدم الثبات الانفعالي الخ.

حـ- الحالات الشبيهة بالسيكوباتية التي تنمو في الأطفال عقب تأثرات المخ.

٢ - نقص العقل:

أ- الضعف Debility .

ب- الغباء Imbecility .

جـ- العته Idiocy .

د- الأمراض الجنينية بمختلف أصولها (مرض داون Down - نقص العقل الفينايلبوريكي، جفاف الجلد Xeroderma ...الخ)(٧).

وبعد استعراض التصنيف السوفييتي للأمراض العقلية والنفسية؛ نود أن نقدم للقارىء العربي (جدولاً مقارناً) بين الأمراض النفسية والعقلية يتضمن (سبعة أبعاد) كخصائص عامة وهي:

(الأسباب، السلوك العام، التوافق الاجتماعي، التحكم في الذات، الاستبصار، العلاج، التنبؤ)؛ على الشكل التالي:
(انظر جدول رقم ٥):

جدول رقم (٥)

المقارنة بين العصاب والذهان في سبع خصائص

الخصائص	العصاب	الذهان
الأسباب:	العوامل السيكولوجية لها الأهمية الأولى والعوامل الوراثية غير محددة.	العوامل الوراثية لها أهمية خاصة في بعض الحالات، والعوامل النيورولوجيه تحتم المرض عادة وأما العوامل النفسية فهي عوامل مساعدة

الخصائص	العصاب	الذهان
السلوك العام:	الكلام والتفكير منطقيان ومترابطان. فقدان الاحتكاك بالواقع بسيط. لا توجد هلوسات أو هذاآت.	الكلام وعمليات التفكير غير مترابطة. السلوك غريب وشاذ. توجد هلوسات وهذاآت
التوافق الاجتماعي	السلوك بصفة عامة يتطابق مع المستويات الاجتماعية المقبولة.	العادات الاجتماعية مفقودة، والسلوك لا يتفق والمستويات الاجتماعية المقبولة.
التحكم في الذات:	يستطيع أن يتحكم في نفسه أحياناً ويساعد نفسه ومن المحتمل أن ينتحر.	لا بد من وضعه في مؤسسة لمنعه من إيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين.
الاستبصار:	دائماً جيد.	استبصاره نادر وهو بصفة عامة يفتقر للاستبصار.
العلاج:	العلاج النفسي هو الأساسي	العلاج الطبي والنفسي وضرورياته. التحكم في السلوك بالمركبات الكيميائية وعندما ينزل إلى الواقع يعالج نفسانياً.
التنبؤ	لا يوجد تدهور، ومن المتوقع أن يتحسن بالعلاج	قد يحدث التدهور في الحالات المزمنة ومن الممكن أن نقلل من الوقت الذي يقضيه في المستشفى.

حواشي الفصل العاشر

(1) Portnov + Fedotov: Psychiatry, Mir Publi. Moscow, 1969, p.p. 328 ff. U.S.S.R.

(٢) تعتبر وكالة المخابرات الأمريكية: C.I.A المركزية، والداخلية: F.B.I في مقدمة المؤسسات لاستخدام العقاقير لغايات غير علاجية، وقد تم رصد مبلغ ٢٠٠,٠٠٠,٠٠٠ دولار لوحدات بحوث للمناهج السلوكية والكيميائية لتحقيق أهداف المخابرات في الخارج والداخل.

(٣) راجع الدكتور كمال الدسوقي: (الطب العقلي والنفسي): لبنان - دار النهضة العربية - بيروت - ١٩٧٤، ص ٢٣.

(4) Lesile Philiphs, A Social View of Psychopathology, 1968-Chap. 12, p. 453- London + Rosenhan Foundation.

(5) Portnov + Fedotov, Psychiatry, Mir Publishers, Moscow, 1969 p.p. 105-108. U.S.S.R.

(6) Morosov & Romasenko, Nerv. & Psychic Diseases, Mir. Publ. Moscow, 1968, pp. 135-136.

(7) Portnov & Fedotov, Psychiatry, Mir Publishers, Moscow, 1969, pp. 105-108.

القِسْمُ الثَّانِي

أسس علم النفس العيادي

الفصل الحادي عشر

دراسة الحالة

Case Study

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد.....
- منهج دراسة الحالة في الميزان...

(جوليان روتير - نولان لويس - كارل راجرز - غرين فردريك ثورن)

- بطاقات ونماذج دراسة الحالة:

١- النموذج العيادي بجامعة بودرو.

٢- نموذج ميروسلاف باجاني (جامعة براتسلافيا).

- خبير اليونيسكو، تشيكوسلوفاكيا.

٣- نموذج ريتشاردز التحليلي:

أ- نموذج ريتشاردز لدراسة الحالة ومحتوياته.

ب- مضمون دراسة الحالة عند ويلز ورويش.

جـ- مضمون دراسة الحالة عند ساندبيرغ وتيلر.

د - مضمون دراسة الحالة عند براون.

٤ - النموذج التركيبي لدراسة الحالة وسماته:

(ساندبيرغ وتيلر).

* * *

«إنه لا قيمة لدراسة طلابنا وطالباتنا نماذج دراسة الحالة بشكل نظري ما لم ينخرطوا عملياً في التطبيق الميداني، وعندها فقط تتحول المعرفة النظرية إلى مهارات فعالة وقدرات عملية.»

الفصل الحادي عشر

دراسة الحالة

Case Study

تمهيد:

لقد أصبح القارىء يدرك من خلال مراجعة متفحصة للفصلين (الرابع والخامس) من هذا الكتاب أن التشخيص الدقيق هو نصف الطريق إلى العلاج الصحيح. وإذا كانت الاختبارات (المقنّنة ،والإسقاطية)، والمقابلة وغيرها من الأدوات العلمية الحاسمة في أداء التشخيص، فإن دراسة الحالة بطريقة شمولية هي الأساس الضروري للفهم المتكامل للحالة وهذا ما سيتناوله هذا الفصل بنوع من العرض والتحليل.

منهج دراسة الحالة في الميزان: برزت أهمية دراسة الحالة في ميادين (الخدمة الاجتماعية والعلاج النفسي) والإدارة والاقتصاد وغيرها وتعددت آراء العلماء في (أساليب دراسة الحالة) ولكنهم اتفقوا على أنها تستهدف (الإحاطة الشاملة المعرفية) بتفاصيل الحالة من المنظور الدينامي والترابطي العلائقي - التاريخي: Dynamic and Correlative Approach بينا تركز الاختبارات عموماً على المنظور المعياري للقدرات. أما العالم (جوليان روتير: J. Rotter) فيؤكد بأن دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حتى يتمكن من إصدار حكم قيم نحو

الحالة: Viable and Valid Judgment ومن المعلومات ما يأتي من مناقشة مباشرة مع (المريض- العميل) وتتضمن طبيعة المشكلات، وظروفها، ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحباطاته؛ وقد تأتي المعلومات من الوالدين والأسرة أو رفاق العمل أو أساتذة المدرسة؛ وتساهم أيضاً (الاختبارات النفسية) عند ضرورتها وفي وقتها المناسب في كشف القدرات العقلية، والمهارات، والميول المهنية؛ ويمدّنا الطبيب بتفاصيل الحالة الصحية؛ وإصابات الدماغ ويزوّدنا الأخصائي الاجتماعي بتاريخ الحالة الاجتماعي وظروف العائلة ودخلها المالي ومشكلاتها وتأثيرها على حالة المريض.

ويؤكد (روتير Rotter) ضرورة حصولنا على المعلومات في دراستنا للحالة من مصادر عديدة وعدم الاكتفاء بمصدر دون الآخر أو تفضيل واحد على الآخر؛ فلكل قيمته في إطاره الخاص وعلاقاته الوظيفية بالحالة.

أما الدكتور محمود الزيادي فيؤكد بأن تاريخ الحالة أداة قيمة تكشف لنا وقائع حياة شخص معيَّن منذ ميلاده حتى الوقت الحالي. وهذه خطوة أساسية في العمل الإكلينيكي لجمع معلومات تاريخية عن المريض ومشكلاته بأسلوب علمي منظم. وهذا يساعد الأخصائي على وضع الفروض الأولية التي يحاول فيما بعد (اختبار صحتها) من خبراته التشخيصية السابقة. ويحذّر الدكتور الزيادي من عيوب دراسة الحالة ونقائصها في أنها بمفردها لا تمدُّنا بكل ما نريد من مؤشرات تشخيصية وليس هنالك ضمان لدقتها؛ فهي محاولة لفهم سلوك المريض وحالته في (صورة تطورية تتابعية وتاريخية). وتلعب تجارب الطفولة والخبرات السابقة دوراً جوهرياً في صياغة الحالة على شكلها الحاضر الراهن[١].

ويؤكد الطبيب النفساني الفرنسي (نولان لويس Nolan Lawis) أهمية دراسة الحالة وضرورتها بقوله:

« .. عند دراسة أي مريض يصبح من المهم أن ندرس تاريخه السابق، تاريخ نموه الجسمي والعقلي، وتاريخ أمراضه وسلوكه العصابي؛ وبدون هذه المعلومات يصبح من المستحيل في معظم الحالات أن نفهم طبيعة الاضطراب الموجود، أو أن نضع تشخيصاً دقيقاً، أو أن نحدّد خطة علاجية واضحة ».

وهناك من علماء النفس من لا يوافق على هذا الإجراء؛ ومن هؤلاء أصحاب العلاج (المركّز حول العميل - غير الموجَّه) وعلى رأسهم (كارل راجرز Carl Rogers) الذي يؤمن بعدم جدوى - دراسة الحالة - وبأن المعلومات يمكن الحصول عليها من المريض مباشرة بواسطة (المقابلة العلاجية) التي نلقي بها المسؤولية على المريض ونشعر أن معلوماته ستكون أكثر صدقاً وأمانة بعد توضيح المشكلات له وتبصيره بها. ويرى (راجرز Rogers) أن الإيحاء للمريض بأن الأخصائي يريد منه كذا وكذا من معلومات؛ يوحي للمريض بأن شفاءه لن يتم إلا على يد الأخصائي الطبيب؛ وهذا إضعاف لإرادة المريض وثقته بنفسه؛ وسلب لدوره ومسؤوليته ودوره في إحداث التغيير في سلوكه بنفسه وبمساعدة بسيطة من الأخصائي.

ودراسة تاريخ الحالة تحيطه صعاب عديدة؛ كضيق الوقت وقلة المصادر وعدم توافرها، وكثرة التكاليف والأعباء وقد تكون أسلوباً مفيداً في دراسات مقارنة لمجموعات وفي البحوث العلمية: Research؛ والبحوث الفردية. وضع العالم (غرين Green) يده على عيوب دراسة الحالة في فشل الباحثين في ضبط الكذب والتناقض في المعلومات والبيانات بقوله:

« .. إنه إذا قام باحثان بدراسة تاريخ - حالة واحدة - فإنها أحياناً

ما يختلفان في بعض النقاط الهامة ذات الدلالة. هذا بالإضافة إلى أن تاريخ الحالة عندما يقوم بإعداده أخصائي غير مدرَّب على طريقة إلقاء الأسئلة واختيارها الهادف وتدوين الإجابات؛ فإننا نجد التقرير في هذه الحالة؛ عبارة عن كتلة من المعلومات المتناثرة عديمة المعنى ».

وهناك من العلماء من يعترف بدراسة الحالة كطريقة لجمع المعلومات ولكنه يرفضها كأسلوب ومنهج علمي للبحث؛ ومن هؤلاء العالم (فردريك ثورن Frederiek Thorn) الذي ينبهنا بأن تاريخ الحالة يقلل من أخطاء التشخيص التي تنجم عن استجابة الفاحص للمظهر الكاذب للمفحوص، وتلك الأخطاء (الذاتية) التي تنجم عن الأفكار المسبقة والنظريات التي يؤمن بها الفاحص (دوقماطياً) دون أن يكون لها صدق عملي.

وفي اعتقادنا أن (دراسة الحالة) تبقى مصدراً جيداً من مصادر التشخيص في حدود الاعتبارات الثلاثة التالية:

أ- أن نضع لدراسة الحالة (ضوابط) على ضوء فجواتها وذلك رفع مقدار الثبات والصدق لها في حدود الإمكان.

ب- أن نتأكد من صحة المصادر في البداية؛ ومن صحة التقييم لها عند كتابة التقرير النفسي في نهاية المطاف.

جـ- أن لا نثق بها وحدها كأداة دون ربطها ربطاً محكماً مع الأدوات الأخرى وبالذات نتائج الاختبارات والمقابلة؛ والفحص الطبي والعصبي وغيرها من الأدوات التشخيصية.

بطاقات ونماذج (دراسة الحالة):

يبدو أن ثمة شبه اتفاق بين العلماء حول (المضمون الشمولي) لدراسة الحالة كأداة وأسلوب في التشخيص. ولكن الاختلاف بين العلماء قائم حول (شكلية) النموذج لبطاقات دراسة الحالة.

وسنعرض للقارىء (أربعة نماذج) لبطاقات دراسة الحالة. وسنترك للأخصائي الإكلينيكي الحرية في اختيار ما يجده مناسباً للحالة موضع الدراسة ولإجراء بعض التعديلات الطفيفة على النماذج لتتلاءم مع (البيئة العربية والإنسان العربي). وهذه النماذج هي:

١) النموذج العيادي بجامعة بودرو[٢].

٢) نموذج ميروسلاف باجاني (خبير اليونيسكو - جامعة براتسلافيا - تشيكوسلوفاكيا)[٣].

٣) نموذج ريتشاردز التحليلي[٤].

٤) نموذجساندبرغ وتيلر[٥].

نموذج بطاقة دراسة الحالة

نموذج رقم (١)

- عيادة جامعة بودرو -

بطاقة تسجيل: Registration Card

(١) التاريخ: ________ اسم الفاحص: ________

اسم المريض: ________ الجنس: ذكر انثى

تاريخ ومحل الميلاد: ________ الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب

العنوان: ________ رقم التلفون: ________

الديانة: ________

المدرسة: ________ السنة الدراسية: ________

(٢) الشخص الذي قام بالتسجيل (الجنس/ العمر/ نوع القرابة: ________

(٣) نوع العمل الحالي: ________

(٤) إذا لم يكن طالباً يذكر آخر مستوى تعليمي وصل إليه: ________

(٥) اسم الوالد أو ولي الأمر وعنوانه: ________ التلفون: ________

(٦) ما هي المشكلات الأساسية التي يشكو منها المريض: ________

(٧) متى لوحظت هذه المشكلات لأول مرة: ________

(٨) ما هي الظروف التي ساعدت على ظهور هذه المشكلات: ________

(٩) ما هي الإجراءات التي اتخذت لحلها وما هي التغيرات البارزة مع الحلول: ______

(١٠) تاريخ آخر فحص طبي ونتائجه: ______

(١١) اسم الطبيب وعنوانه وتلفونه: ______

(١٢) هل من الممكن الاتصال بهذا الطبيب لطلب معلومات منه: ______

(١٣) معلومات أخرى وانطباعات الأخصائي: ______

(١٤) مزاج المريض: ______

التاريخ التعليمي: Schooling Record

١) التاريخ: ______ اسم القائم بالمقابلة: ______

اسم المريض: ______ العمر: ______

الشخص الذي يدلي بالمعلومات: ______ علاقته بالمريض: ______

عنوانه: ______ رقم تلفونه: ______

٢) تاريخ دخوله المدرسة الابتدائية: ______ عمره عند الدخول: ______

استجابته للخبرة المدرسية الأولى: ______

٣) إذا كان طالباً فما هي السنة الدراسية المقيد بها: ______

إذا لم يكن طالباً فما هو آخر مستوى تعليمي وصل إليه: ______

هل اضطر أن يعيد سنوات دراسية: ______

إذا أعاد سنوات دراسية، ما هي؟، وما الأسباب؟ ______

٤) اكتب قائمة بالمدارس التي تنقَّل بها ومستوى تحصيله في كل منها:

ابتدائي	إعدادي	ثانوي	عالي
______	______	______	______
______	______	______	______
______	______	______	______
______	______	______	______

٥) المواد التي يدرسها حالياً:

مواد محبوبة	تقديراته	مواد غير محبوبة	تقديراته	مواد صعبة	تقديراته	مواد سهلة	تقديراته
ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ
ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ
ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ	ــــــ

٦) خططه المهنية للمستقبل: ــــــــــــــــــــــــ

٧) تدريبه المهني: ــــــــــــــــــــــــ

٨) الاهتمامات غير المهنية: ــــــــــــــــــــــــ

٩) المصاعب الدراسية المحتمل مواجهتها فيما بعد: ــــــــــــــــــــــــ

١٠) عدد مرات غيابه عن المدرسة أو الامتحانات: ــــــ الأسباب: ـــ

١١) الجماعات التي ينتمي إليها داخل المدرسة: ــــــــــــــــــــــــ

١٢) صنّف مدى تعاون الآباء مع المدرسة باستخدام التقديرات التالية:

(أ) المواظبة على حضور الاجتماعات:	١	٢	٣	٤	٥
(ب) مدى استبصار الآباء:	١	٢	٣	٤	٥
(جـ) ضغط الآباء:	١	٢	٣	٤	٥
(د) مدى اتزانهم الانفعالي:	١	٢	٣	٤	٥
(هـ) النقد الذي يوجهونه إلى المدرسة:	١	٢	٣	٤	٥

تعليقات: ــــــــــــــــــــــــ

ــ

ــ

ــ

١٣) فيما يلي قائمة بالسمات التي قد تكون عند المريض وللأخصائي الحكم:

معتمد (اتكالي)	مستقل	١	٢	٣	٤	٥
كسول	مجتهد	١	٢	٣	٤	٥
يجلب الضوضاء	هادىء	١	٢	٣	٤	٥
مهتم بالدراسة	غير مهتم	١	٢	٣	٤	٥
صامت	متكلم	١	٢	٣	٤	٥
اهتمامات ضيقة	اهتمامات واسعة	١	٢	٣	٤	٥
مشاكس	صديق للجميع	١	٢	٣	٤	٥
متمرد	متعاون	١	٢	٣	٤	٥
متعب دائماً	نشيط	١	٢	٣	٤	٥
طفلي في تصرُّفاته	ناجح	١	٢	٣	٤	٥
منعزل	اجتماعي	١	٢	٣	٤	٥

تعليقات: ____________________

____

١٤) معلومات أخرى. ____________________

التاريخ الأسري: **Family Record**

(١) التاريخ: __________ اسم القائم بالمقابلة: __________

اسم المريض: __________ عمره: __________

اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات: ______ علاقته بالمريض: ______

عنوانه: __________ رقم تلفونه: ______

(٢) أعضاء الأسرة المباشرون وبيانات عنهم:

	العمر الحالي	عمر الوفاة (إن كان)	سبب الوفاة	التعليم	المهنة
الأب:	______	______	______	______	______
الأم:	______	______	______	______	______
والدالأب:	______	______	______	______	______
والد الأم:	______	______	______	______	______
الإخوة:	______	______	______	______	______
الأخوات:	______	______	______	______	______

(٣) بقية أعضاء الأسرة وبيانات عنهم:

الأخوال: ______________________________

الأعمام: ______________________________

(٤) هل أصيب أحد أفراد الأسرة بحادث أو مرض معين:

جريمة - اصطدام - صرع - ضعف عقلي - انتحار - عيوب في النطق - شلل - جنون - عمى - إدمان خمور - صمم - إدمان مخدرات - درن رئوي - مرض السل - الربو - السرطان - أمراض أخرى.

(٥) اذكر حوادث الطلاق أو الانفصال التي حدثت في الأسرة مباشرة وعمر المريض عنه كل منها.

تعليقات: ______________________________

(٦) اذكر حوادث الزواج للمرة الثانية التي حدثت في الأسرة المباشرة للمريض.

تعليقات: ______________________________

(٧) ما هو الوضع الاقتصادي العام للأسرة: ــــــــــــ

أذكر أية استثناآت تشذّ عن هذا الوضع العام.

(٨) ما هي مصادر التوتّر عامة في الأسرة.

استجابة المريض لها: ــــــــــــ

(٩) صنف التنظيم الأسري: ــــــــــــ

(١٠) ما هو وضع المريض بالمقارنة إلى بقية إخوته: ــــــــــــ

(١١) ما هو طموح الأسرة بالنسبة للمريض: ــــــــــــ

(١٢) ما هي الوسائل الترويحية بالنسبة للأسرة: ــــــــــــ

ما هو مدى مشاركة المريض في هذه الوسائل: ــــــــــــ

(١٣) صف أية ظروف نفسية أو اجتماعية أخرى هامة في المنزل: ــــــــــــ

(١٤) معلومات أخرى: ــــــــــــ

(تاريخ النمو): Developmental Record

(١) التاريخ: ــــــــــــ اسم القائم بالمقابلة: ــــــــــــ

اسم المريض: ــــــــــــ

اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات: ــــــــــــ علاقته بالمريض: ــــــــــــ

عنوانه: ــــــــــــ رقم تلفونه: ــــــــــــ

(٢) تاريخ ميلاده: ــــــــــــ عمر الأم عند الميلاد: ــــــــــــ مدة الحمل: ــــــــــــ

حالة الأم الصحية أثناء الحمل: ــــــــــــ

(٣) الوقت الذي استغرقته عملية الولادة: ــــــــــــ أين تمّت الولادة: ــــــــــــ

هل حدثت اضطرابات أثناء الولادة: ــــــــــــ

(٤) وزن المريض عند الولادة: ______ بعد أربعة أسابيع: ______
بعد ستة أسابيع: ______

(٥) هل حدثت أية ظروف غير عادية عند الولادة: ______

(٦) هل أصيب المريض بإصابات جراحية؟ اذكر نوعها وشدتها وعمره عند الإصابة بها: ______

(٧) اكتب قائمة الأمراض التي أصيب بها:

	المرض	عمره عند الإصابة	مدة المرض	شدته
(أ)	______	______	______	______
(ب)	______	______	______	______
(جـ)	______	______	______	______

(٨) متى بدأت أسنانه في الظهور: ______
متى تم فطامه من ثدي الأم: ______
متى تم فطامه من الرضاعة الصناعية: ______
هل حدثت صعوبات أثناء الفطام: ______
متى ضبط عمليات الإخراج: ______ نهاراً: ______ ليلاً: ______
متى استطاع المريض الجلوس دون مساعدة: ______
متى استطاع المشي: ______ متى تكلم: ______
متى استطاع الكلام: ______ متى استطاع فتح الأبواب: ______
متى استطاع أن يلبس حذاءه: ______
متى استطاع استخدام الملعقة: ______ والفنجان: ______
علق على المعدل العام للنمو: ______

(٩) متى لُقّن أول تعليمات خاصة بالجنس، وما هي هذه التعليمات: ______

سنُّه عند البلوغ: ______

ما هي المشكلات الجنسية التي ظهرت عنده في هذه السن: ______

[العادة السرية - حب الاستعراض - اللعب الجنسي - استعمال الألفاظ البذيئة].

(١٠) ما هي عاداته في النوم: ______

مع من ينام: ______

(١١) أي من (مشاكل النمو) التالية تعرَّض لها المريض، حدّد السن عند التعرض لها والإجراآت المتخذة: ______

العصبية - القلق - المخاوف الزائدة - قلة النوم - المشي أثناء النوم - الفزع الليلي - الجبن - الخجل - الوقاحة - العصيان - الميل للمشاجرة - المزاج الحاد - الغيرة - المروق - السرقة - الكذب - التدخين - الإدمان - مص الإبهام - قضم الأظافر - السادية - المازوخية - البوال - الغثيان - الإغماء - الصداع - الإحساس السريع بالإجهاد - اللزمات العصبية - التشنجات - الكتابة المقلوبة - التهتهة - عيوب أخرى في النطق.

تعليقات: ______

(١٢) معلومات أخرى: ______

(التاريخ الاجتماعي: Social Record)

١- التاريخ: ______ اسم القائم بالمقابلة: ______________

اسم المريض: ______ عمره: ______________

اسم الشخص الذي يدلي بالمعلومات: ______________

علاقته بالمريض: ______________

عنوانه: ______ رقم تلفونه: ______________

(٢) صف علاقات المريض بالأشخاص التالين: (المقصود وصف هذه العلاقات وما يكتنفها من مشاجرات أو مخاصات، وهل هي في معظمها علاقات تتَّسم بالخضوع أو الحب أو طلب الحماية.. الخ..)

(أ) أعضاء أسرته: ______________

(ب) جيرانه: ______________

(جـ) معلميه: ______________

(د) أقرانه: ______________

(٣) هل أقرانه أكبر أم أصغر منه، وهل هم من نفس الجنس أم من الجنس الآخر، وهل يتَّسمون بالهدوء أم بالمشاكسة؟

٤- ما هي الجماعات التي ينتمي إليها؟ وما هو وضعه داخل هذه الجماعات؟

٥- صف علاقاته الغرامية موضحاً عمره، وعمر الطرف الآخر وطول العلاقة؟

٦- كيف يكتسب نقوده وكيف ينفقها: ______________

٧- كيف يقضي لياليه عادةً؟: ______________

٨- ما هي هواياته: ______________

٩- ما هو نوع قراآته: ـــــــــــــــ

١٠- صف البناء الاجتماعي في المنزل وفي المجتمع ووضع المريض وأسرته في هذا البناء: ـــــــــــــــ

١١- معلومات أخرى: ـــــــــــــــ

التاريخ المهني: Vocational Record

ويخص هذا التاريخ (حالة الراشدين) فقط ويشتمل على:

١- الأعمال السابقة التي شغلها المريض وسبب تركها: ـــــــــــــــ

٢ - نوعية العمل الحالي وواجباته ودخله: ـــــــــــــــ

٣ - التدريب السابق على المهنة: ـــــــــــــــ

٤ - علاقاته برفاقه بالعمل: ـــــــــــــــ

٥ - صعاب العمل: ـــــــــــــــ

٦ - عدد ساعات العمل يومياً وأسبوعياً: ـــــــــــــــ

٧ - الإجازات والعلاوات: ـــــــــــــــ

٨ - مزايا إضافية وحوافز: ـــــــــــــــ

٩ - التأمين الصحي والاجتماعي: ـــــــــــــــ

١٠- أخطار العمل ومساوئه: ـــــــــــــــ

١١- هل قضى المريض الخدمة العسكرية وما مدتها: ـــــــــــــــ

١٢- معلومات إضافية مرتبطة بالعمل: ـــــــــــــــ

نموذج رقم (٢)

نموذج ميروسلاف باجاني لدراسة الحالة
خبير اليونسكو - جامعة براتسلافيا - تشيكوسلوفاكيا

رقم الحالة: ____________________

اسم الحالة: ____________________

تاريخ ورودها: ____________________

تاريخ حفظها: ____________________

أولاً: بيانات عامة عن الحالة

رقم الحالة: ________ حفظت بتاريخ: ____________

الاسم: _____ محل الميلاد: _____ تاريخ القدوم للعيادة: __________

العنوان: _______ تاريخ الميلاد: ______________

المدرسة: _____ السنة الدراسية: _____ العمر الزمني: __________

التلفون: _____ مدرس/ مدرسة الفصل: ______________

الأخصائي النفسي: _______ جهة التحويل: __________

وصف مفصل لمشكلات الحالة: ______________________

____

____

(أ) كما وردت على لسان الحالة: ______

(ب) كما وردت على لسان الأب: ______

(جـ) كما وردت على لسان الأم: ______

(د) كما وردت في خطاب التحويل: ______

ملاحظات:

ثانياً: بيانات عن الأسرة

اسم الأب: ____ محل الميلاد: ____ تاريخ الميلاد: ______

وظيفة الأب: ____ المستوى التعليمي: ______

عدد مرات الزواج: ____ تاريخ الزواج: ______

عدد مرات الطلاق: ____ عدد مرات الانفصال: ______

على قيد الحياة: نعم لا تاريخ الوفاة: ______

اسم الأم: محل الميلاد: ____ تاريخ الميلاد: ____ العمر الزمني: ____

وظيفة الأم: ______ المستوى التعليمي: ______

عدد مرات الزواج: ______ تاريخ الزواج: ______

عدد مرات الطلاق: ______ عدد مرات الانفصال: ______

عدد مرات الحمل: ______ عدد مرات الإجهاض: ______

على قيد الحياة: نعم لا تاريخ الوفاة: ______

زوج أم ____ أو زوجة أب ____

الإخوة:

الرقم	الاسم	تاريخ الميلاد	الجنس	الحالة الاجتماعية	الوفاة	وضع تفضيل من
___	___	___	___	___	___	___
___	___	___	___	___	___	___

أفراد آخرون في العائلة:

عدد الحجرات ــــ عدد الأشخاص ــــ مكان نوم الطفل ــــ

السكن: ــــــــــــــــــــــــ

الدخل بالتقريب: ــــــــــــــــــــــــ

الأمراض الوراثية في الأسرة: ــــــــــــــــــــــــ

المشكلات السلوكية في الأسرة: ــــــــــــــــــــــــ

العلاقات العائلية: ــــــــــــــــــــــــ

داخل الأسرة: ــــــــــــــــــــــــ

خارج الأسرة: ــــــــــــــــــــــــ

ثالثاً: دراسة الحالة

الطفل: مرغوب فيه ــــ غير مرغوب فيه ــــ

الحمل: صدفة ــــ عن قصد ــــ

طبيعي ــــ غير طبيعي ــــ

الولادة: طبيعية ــــ عسرة ــــ استخدام آلات ــــ

إصابات الطفل: اختناق ــــ يرقان ــــ

الفطام: ــــــــــــــــــــــــ

السن: ــــــــــــــــــــــــ

تنشئة الطفل: ــــــــــــــــــــــــ

في العائلة: ــــ مع الأقارب: ــــ في ملجأ اللقطاء: ــــ

في مؤسسة: ــــ في بيت للحضانة: ــــ في أسرة بديلة: ــــ

نمو الطفل المبكر:

الجلوس ـــــ الحبو - الوقوف - المشي ـــــــــــ

ظهور الأسنان ـــــ الكلمات الأولى ـــــــــــــ

العادات الصحية ـــــ النوم ـــــــــــــــــ

الاضطرابات الحسية الحركية ـــــــــــــــــ

الأمراض: النزلات المعوية ـــــ تضخم أو التهاب اللوزتين ـــــ

التهاب الأذن ـــــ أمراض الأذن ـــــــ

ارتفاع الحرارة ـــــ أمراض أخرى ـــــــ

اللغة: النطق ـــــ تكوين الجمل ـــــ عيوب الكلام ـــــ

النمو الانفعالي والاجتماعي:

الاستجابات الأولى:

اللعب ـــــ القلق ـــــ

العدوان ـــــ المخاوف ـــــ

تطور مرحلة الحضانة (٣ - ٦):

بيئة الطفل: العائلة الأقارب الحضانة المنزل

النمو الحسي الحركي: ـــــــــــــــــ

اللغة: ـــــــــــــــــ

النشاطات: ـــــــــــــــــ

الحياة الانفعالية: (القلق - العدوان - العناد - الهرب - التوتر الإحباط - التكيف الاجتماعي - أنواع الصراع).

المواقف المسببة للصدمات النفسية: ________________

____

____

الأمراض:

ارتفاع حراري   التهاب الدماغ

التهاب سحائي   أمراض أخرى

أنماط تنشئة الطفل:

اللامبالاة - اللين - الشدّة - الاتزان - التذبذب - العقاب - القمع.

ملاحظات أخرى: ________________

بداية المرحلة الابتدائية: ________________

سن دخول المدرسة: ________________

التكيُّف للمدرسة ومشكلاتها: ________________

المدرسة	السنة الدراسية	التحصيل	متفوّق	ضعيف
____	____	____	____	____

علاقة الطفل بالمدرسة والمدرِّسين:

نوع العمل المدرسي: ________________

علاقة المنزل والمدرسة: ________________

المشكلات المدرسية: ________________

النشاطات والهوايات ووقت الفراغ: ________________

سلوك الطفل في الأسرة: ________________

المشكلات التعليمية والسلوكية: ________________

بداية ظهور المشكلات: ________________

المواقف التي تظهر فيها: ________________

المرحلة المتأخرة في المدرسة الابتدائية:

مجالات الاهتمام: ____________

المدرسة	السنة الدراسية	التحصيل	متفوق	ضعيف
____	____	____	____	____

سن البلوغ وتطوره:

نوع العمل المدرسي: ____________

اهتماماته المهنية والإعداد لها: ____________

مناشط أوقات الفراغ: ____________

المشكلات في الأسرة والمدرسة: ____________

مشكلات المراهقة: ____________

قيم المراهق: ____________

ملاحظات أخرى: ____________

الفحوص النيورولوجية (العصبية): ____________

الفحوص الطبية: ____________

الفحوص المختلفة:

بيانات جسمية: الطول ______ الوزن ______

نحيل ____ رياضي ____ بدين ____

التشوهات الجسدية: ____________

الفحوص السيكولوجية:

الإبصار: حدة البصر ____ العين اليمنى ____ اليسرى ____

أمراض البصر ____ العين اليمنى ____ اليسرى ____

السمع: حدة السمع ــــ الأذن اليمنى ــــ اليسرى ــــ
درجة فقد السمع ــ الأذن اليمنى ــ اليسرى ــــ
استخدام اليد: اليد اليمنى ــــ اليد ــــ
اليسرى

الإدراك الاختبار ــــ النتائج ــــ
القدرة الحركية الاختبار ــــ النتائج ــــ
اللغة الاختبار ــــ النتائج ــــ
الانتباه الاختبار ــــ النتائج ــــ
الذاكرة الاختبار ــــ النتائج ــــ
القدرة العقلية العامة والتعليم الاختبار ــــ النتائج ــــ
القدرات الخاصة الاختبار ــــ النتائج ــــ
مجال الاهتمام أو الميول المهنية الاختبار ــــ النتائج ــــ
النواحي الانفعالية الاختبار ــــ النتائج ــــ
الاتجاهات الاجتماعية والقيم الاختبار ــــ النتائج ــــ
اختبارات الشخصية الاختبار ــــ النتائج ــــ
التكيُّف النفسي الاختبار ــــ النتائج ــــ
فحوص خاصة: ــــــــ
ملاحظات على سلوك العميل: ــــــــ
تقييم الشخصية: ــــــــ
أسباب الاضطرابات: ــــــــ
تعليل الاضطرابات: ــــــــ
التنبؤ بسير العلاج: ــــــــ
التوصيات: ــــ التوجيه: ــــ العلاج: ــــ

إعادة التربية وتكوين الشخصية: ________ تاريخ المقابلة:

ملخص الحالة: ________

تتبع الحالة: ________

الإمضاء: ________ **تعتمد:** ________ **حفظت:** ________

تحليل بطاقة بحث الحالة

- ١ -	- ٢ -	- ٣ -	- ٤ -
البحث الاجتماعي	البحث السيكولوجي	الفحص الطبي	الفحص الطبي النفساني

أولاً: البحث الاجتماعي:[١]

١ - اسم الشخص وعنوانه: ________

اسم الوالد وسنه ومهنته: ________

اسم الوالدة وسنها: ________

حالة المنزل: (حسنة - سيئة - متوسطة) ________

تاريخ ميلاد المريض: ________ تاريخ الفحص: ________

تحديد المشكلة الاجتماعية: ________

٢ - صفحة العناوين:

أعضاء العائلة وأعمارهم وعناوينهم: ________

الجيران والأشخاص الذين يتصل بهم الطفل: ________

٣ - صفحة الوصف:

الأشخاص الذين قابلهم الأخصائي/ الأخصائية: ______________

٤ - التاريخ:

(أ) اسم المريض: ______________________

(ب) حُوِّل من (جهة التحويل): ______________

(جـ) سبب التحويل: ____________________

(د) تاريخ الأسرة:

(١) من ناحية الأب والأم:

الأجداد - الأعمام - الأخوال - العمات - الخالات - الوالدان - التعليم والمهنة (طراز العمل - الأجور - مدة البقاء في العمل - أسباب الترك) الميول - العادات - الاستعداد - الخصائص - (إدمان الخمر...) الصحة - المرض (السل، السرطان، الأمراض العقلية والنفسية، الحوادث.. الخ).

العلاقات الزوجية بين الوالدين - تاريخ الوفاة واسبابها.

(هـ) الإخوة:

السن - التعليم - الاستعداد - الأخلاق - الميول - العادات - العمل (المركز، الأجور) - الصحة - المرض - الأمراض النفسية والعقلية.

(و) تاريخ الشخص:

(١) قبل المولد:

الحالة المالية والصحية للأم أثناء الحمل. عوامل الإجهاد البدنية أو العقلية.

(٢) المولد:

التاريخ والمكان. الولادة طبيعية أو بواسطة الآلات. وضع عسر أو طويل المدة. تغذية طبيعية أو صناعية.

(٣) النمو:

سن التسنين - المشي - الكلام.

(٤) العادات:

(أ) النوم: مضطرب أو هادىء - الأحلام - المشي أو الكلام أثناء النوم - مخاوف الليل - عدد ساعات النوم - القيلولة.

(ب) الأكل: صعوبات التغذية أثناء الطفولة المبكرة - الشهية - أصناف الطعام - ما يحبّ وما يكره من ألوانه - الأكل بين الوجبات.

(جـ) البول: ليلاً ونهاراً - أسبابه - القدرة على ضبط المثانة.

(د) العادات السرية: المشاكل الجنسية - المعلومات عن الجنس - أوجه النشاط والميول المتصلة بذلك - الحوادث ذات الأهمية الخاصة.

(هـ) مصّ الأصابع: قضم الأظافر. حركات الوجه أو الأطراف اللازمة - التهتهة - العي - النظافة الشخصية - العناية بالملابس - الاغتسال الخ.

(٥) الصحة:

التشنُّجات عموماً (الوصف والظروف) - الأمراض وتاريخ الإصابة بها - ظهور المرض: مدته ونتائجه (تقارير الأطباء أو المستشفيات). الوزن والطول بالنسبة للمتوسط.

(٦) الاستعداد والأخلاق:

الطفولة المبكرة والآن - صعب الإرضاء - سريع الغضب - مسالم - معتد - محب للعراك - متشكك - غيور - هدام - أناني - محب - مسيطر - موقفه إزاء أهله ورفاقه - نوبات الغضب - المخاوف - الكذب - السرقة - معاملته للحيوان - شعوره بالمسؤولية - مساعدته في أمور المنزل - هل يبقى خارج المنزل إلى وقت متأخر - الانطواء أو الانبساط.

(٧) النظام:

ضبط الأهل للطفل - نوع العقوبة وانتظامها ومقدار قسوتها - أسباب العقاب ومن يقوم به وأثر ذلك على الطفل (مع تحديد حالات محدّدة ومعيّنة).

(٨) اللعب:

نوع الألعاب والدمى - مقدار الولع بها - من يفضّل من أترابه - أعمارهم ومميزات سلوكهم - هل يكره أحد الجنسين - النوادي والميول الرياضية - اللعب في المنزل أو خارجه - فرص التسلية في المنزل أو مع الأسرة - السينا والمسرح والرحلات - الهوايات الخاصة مثل الأشغال اليدوية والحياكة وفلاحة البساتين.

(٩) الحياة المدرسية:

الروضة أو المدرسة - تاريخ الدخول - التقدم - علاقة الطفل بزملائه ومعلميه - نشاطه وميله إلى بيئته - ميوله الخاصة إلى القراءة والكتابة - جمع الطوابع الخ.. العمر العقلي ونسبة الذكاء.

ز- الدين: مقدار تدين الأسرة - أداء الطفل للفروض - ميله وفهمه للدين.

ح- العلاقات بين أفراد الأسرة: علاقات الأب والأم - معاملة الآباء لأطفالهم - المفضلون وغيرهم بين الأبناء - هل يتشاجرون أو هم أصدقاء - تذكر أشكال الغيرة والكراهية - موقف الطفل إزاء أعضاء الأسرة الآخرين وردهم على ذلك.

ط- البيئة: وصف الجيرة والسكن - المركز الاجتماعي - الشروط الصحيحة في المنزل - عدد الغرف ووسائل النوم - الإيجار والحالة المالية (يذكر الدخل بالضبط).

٥- المشاكل الاجتماعية الكبرى:

٦- خطة التكيف:

٧- موجز لتاريخ الحالة باختصار:

٨- العلاج المقترح:

ثانياً: البحث السيكولوجي

التاريخ: ________________ سن الطفل: ______

الموقف: تذكر رغبة الطفل في القيام بما يطلب منه - الجهد الذي يبذله - نشاطه البدني - مجرى الحديث - أشياء غريبة غير عادية - ملاحظة العوامل المؤثرة في نتائج الاختبارات.

الانتباه: درجة شرود الذهن - أثر ذلك في نتائج الاختبارات.

الأثر العائلي: هل توجد صعوبات لغوية - مقدار تعليم الأسرة - الميول والمعارف المؤثرة في طراز نمو الطفل العقلي.

تاريخ النمو: النمو البدني - الأمراض وأنواع العجز الخاصة - الذكاء.

١ - الاختبارات:

أ- الاختبارات اللفظية (العمر العقلي ونسبة الذكاء).

ب- الاختبارات غير اللفظية.

٢ - الاستعلامات:

٣ - الميول: أ- في المنزل، ب- في العيادة.

ملخص:

١ - تحديد القدرة العامة: (تقدير نتائج الاختبارات على ضوء الأمور السالفة).

٢ - أنواع الكفايات أو النقص الخاصة:

توصيات مثل (الإشارة ببعض التدريب الخاص لتقوية قدرات معينة أو التخفيف من نقاط ضعف خاصة). يدرس السيكولوجي (موقف الطفل) أثناء الاختبارات، ويحدد استجابته في إحدى الدرجات الخمس لكل من النواحي التالية:

١ - الرغبة: The Desire

(أ) يظهر شوقاً ملحاً إلى التجربة.

(ب) يُقبل بنشاط على التجربة.
(ب- جـ) الموقف السويّ: يقوم بالتجربة لأن القيام بها أمر مناسب.
(جـ) يقوم بها لأنه ملزم على ذلك كواجب كريه.
(د) يعارض القيام بها معارضة فعّالة.

٢ - الجهد: The Effort

(أ) تام الكفاية.
(ب) يتوفر على العمل توفُّراً واضحاً.
(ب- جـ) جهد سويّ. لا يظهر عدم العناية ولا الاهتمام البالغ.
(جـ) مهمل - مضطرب - شارد.
(د) بليد.

٣ - النشاط البدني:

(أ) اضطراب ظاهر أو انفعال.
(ب) فوق السوي - كثير الحركة.
(ب- جـ) سويّ.
(جـ) يؤدي ما يطلبه منه الاختبار فقط.
(د) متأخر تأخراً ملحوظاً.

٤ - الحديث:

(أ) ثرثار: يقاطع الاختبار.

(ب) فوق السويّ: يتحدث عن موضوعات تلقائية أو ليس لها صلة بالأمر.

(ب - جـ) سويّ - يحسن الحديث.

(جـ) لا يتحدث حديثاً تلقائياً.

(د) لا يجيب إلا بعد تحريض كثير أو لا يجيب البتة.

٥ - الانتباه:

(أ - ب) متوفر على الاختبارات - قليل الانتباه للعوامل الخارجية التي تجذب الانتباه عادةً.

(ب - جـ) سويّ - يمكن أن تجذب انتباهه أمور أخرى ولكن ليس إلى الحد الذي يفسد كفايته للقيام بالاختبار.

(جـ) يشرد ذهنه للعوامل العارضة أو لأفكاره الخاصة فيعلق عليها أثناء الفحص ثم يعود انتباهه إلى الاختبار.

(د) شارد الذهن: من العسير أن ينتبه إلى التجارب. دائم الذكر لأمور خاصة به.

٦ - فهم التعليمات:

(أ - ب) يفهم طريقة القيام بالاختبار المطلوب قبل أن تنتهي من إلقاء التعليمات العادية عليه.

(ب - جـ) لا يتطلب أكثر من التعليمات العادية.

(جـ) يفهم الأفكار بعد قليل من الشرح الإضافي.

(د) لا يفهم التعليمات إلا بعد توضيح خاص كثير أو لا يفهمها إطلاقاً.

ثالثاً: (الفحص الطبي)

يقوم الطبيب بفحص الحالة تبعاً للبيانات التالية:

المقاييس الآدمية: الوزن___ الطول___ الطول عند الجلوس___

الرأس: المحيط الطول___ العرض___ الارتفاع___

الصدر: المحيط___ عند الشهيق___ عند الزفير___

الحجم ١___ ٢___ ٣___

القبضة اليمنى: ١___ ٢___ ٣___ اليسرى: ١___ ٢___ ٣___

الرأس والرقبة: ______________

الصدر: ______________

المعدة: ______________

الجهاز التناسلي: ______________

الأطراف العليا: ______________

الأطراف السفلى: ______________

الأعصاب: ______________

الحواس: ______________

البصر: ______________

السمع: ______________

وغيرها: ______________

الغدد الصمّاء: ______________

ملاحظات: ______________________________

رابعاً: الطب النفسي

اقتصر الطب النفسي على مرّ العصور على معالجة الملل العقلية علاجاً طبّياً محضاً. أما الطب النفسي الحديث فقد درس حالات الشذوذ العقلي بطريقتين:

١ - الطريقة العضوية تشريحياً ووظيفياً كأساس لمصدر الأمراض النفسية والعقلية واضطرابات السلوك.

٢ - الطريقة الديناميكية التي تعيد الاضطرابات السلوكية أو العقلية إلى الصراع الوجداني والغريزي القائم بالنفس. وتفرّع عن الطريقة الديناميكية أسلوبان حديثان:

أ- الأسلوب الإرشادي: وتركّز حول الوقاية والصحة العقلية واهتم بالطفل وإرشاده.

ب- الأسلوب الإكلينيكي: ويهتم بتشخيص الحالات وعلاجها. ويقوم (الطبيب النفسي) بدراسة الحالة على ضوء المنهج الآتي:

منهج الطب النفساني

١ - الحالة. ______________

٢ - المشكلة. ______________

٣- تاريخ الأهل: التاريخ الشخصي. ______________________

٤ - الطفولة المبكرة: ______________________

(تاريخ ميلاد الطفل ومكانه - حالة الوالدين الاقتصادية ومركزهما

الاجتماعي عند الحمل - حالة الأم خلال مدة الحمل - هل رحبت بالحمل أم لم تكن تنتظره؟ ظروف الوضع - هل كانت الطفولة المبكرة والطفولة المتأخرة عادية؟ هل كان النمو البدني والعقلي الأول مناسباً؟ هل جلس الطفل وحبا ومشى وتكلم في العمر المناسب؟ هل كان التسنين عادياً؟

٥- الأمراض والحوادث:

الصحة العامة - أمراض الطفولة والاهتمام بالحصبة - شوك الورد - أبو كعب - الحمى القرمزية - الدفتيريا - التيفود - الالتهاب الرئوي - التهاب الغشاء الرئوي - ضربة الشمس - عسر الهضم - الإمساك - الكساح - إصابات الرأس والحوادث: كيف حدثت؟ متى؟ أين؟ مقدار غيبوبة الطفل، وملازمته الفراش، مقدار العاهة، العناية الطبية أو الجراحية.

العمليات الجراحية: يذكر التاريخ ونوع العملية.

النوبات: الإغماء - اللازمات العصبية، أو التهافت العصبي، الرعشات، عاهات البصر أو السمع أو الكلام.

٦- ردود الأفعال الملازمة:

هل الطفل ضعيف، حسّاس، محبّ للضوضاء؟ تاريخ ضبط المثانة. هل هو مصاب بالبوال؟ يذكر متى تغلب على ذلك ومقدار تكراره وإزمانه، وماذا اتخذ لعلاجه؟ أيُّ المظاهر العصبية العامة تبدو عليه: مصّ الأصابع العصبي، قضم الأظافر، نزوات الطفل فيما يتعلق بالطعام وعادات تناوله.

هل ينام الطفل جيداً؟ جولان النوم، حديث النوم، الأحلام (أنواعها وتكرارها)، الحركات الملازمة، طريقة التنفس، التهتهة، النوبات الهسترية، سيل اللعاب، البصق، القيء، العادات المناهضة للمجتمع، الاعتداآت الجنسية، الكذب، السرقة، التشرد، إشعال الحرائق، التحطيم.

٧ - المدرسة:

تاريخ الالتحاق بها وتاريخ تركها، المواظبة، الفصل الذي وصل إليه الطالب، مقدار توفيقه: ممتاز، متوسط، ضعيف، فاشل، مقدار الرسوب، الهرب من المدرسة، مشاكل أخرى.

٨ - التكوين النفسي البيولوجي:

تبحث ردود الطفل العادية (العقلية والبدنية) على بيئته، ومطالب المجتمع منه. وعند تسجيلها ينبغي ذكر الوقائع التي توضح ذلك وعدم الاكتفاء بإلقاء الصفات وإلصاق العناوين بالطفل، مع محاولة تعيين خصائص شخصيته بملاحظة العوامل والصفات العامة وما عرض لها من تغير خلال حياة الطفل.

(أ) الاستعداد: أهو صريح واضح أم متحفظ مغلق؟ هل يميل إلى التحدث عن نفسه والتخفيف من مشاغله؟ أيشعر بأهمية نفسه وثقته؟ هل هو مسرف في الجد؟ أهو متواكل لا هدف له؟ هل هو خيالي أم واقعي؟ هل هو صادق أم كاذب؟ هل هو صاحب نزوات ومجلب للضوضاء؟ هل هو مولع بالصغائر؟ هل فشله وخيبته مزمنة؟ هل هو كسول أم نشيط؟ هل هو معتمد على نفسه أم على غيره؟ هل هو مغرور أم متواضع؟ هل هو شجاع أم

جبان؟ هل هو قاس أم لطيف؟ هل هو صاحب ظن؟ غيور؟ خجول؟ مسيطر؟ أناني؟ مشاكس؟

(ب) المزاج: مرح متفائل، أم مهموم متشائم ينظر إلى الجانب الأسود من الحياة. فترات الانقباض أو الإشراق دون سبب ظاهر، ردود أفعاله الوجدانية إزاء النجاح أو المناسبات السارّة، ومن الناحية الأخرى إزاء الفشل وعدم التوفيق، هل هو راضٍ أم ساخط؟ سريع الغضب، كثير المعارضة، محبّ للعناد؟ كثير الثورة..

(جـ) المطالب الغريزية: الصداقة، طبيعية، يصاحب الغير في سهولة وطلاقة، أم متحفظ محاذر في ذلك؟ من الناحية الجنسية: الغيرة أو المثلية. تاريخ حصوله على المعلومات الجنسية وظروف ذلك، الأخطاء في نمو الغريزة الجنسية، عادات الإخراج، بأي الوالدين أو أعضاء الأسرة هو مولع؟

(د) العقلية: نتائج الاختبارات، أقوال الأهل، هل تبين من لعبه ابتكار خاص ومثابرة؟ الانتباه والتركيز، الميول، الكفاية أو العجز في القيام بالواجبات المنظمة، المعلومات العامة، الشوق إلى البيئة، أقوال المعلمين.

(هـ) التوافق: هل يجيد التعامل مع غيره؟ محب للتجمع أو يميل إلى الاستقلال بنفسه؟ خجول، أناني، طيب القلب، جلف يلتمس السقطات، عنيد، يثق بالغير أو ظنان، حقود، يرى الإساءات فيما لا يقصد منه إساءة. ما هي ميوله العامة ونواحيها؟ هل هو راض عن الحياة؟ هل هناك أسباب صحيحة أو خيالية لهمومه وتعاسته؟ هل هو راض عن الواقع؟ كبير الميل إلى الضرب في الآفاق.

وعلى الرغم من وجود بحوث ونظريات واختبارات مختلفة لقياس الشخصية فإن العلماء يرون ضرورة النظر للنقاط السابقة التي تكشف شخصية المريض وطرازها الذي يتحدد في واحد من (الأنماط الخمسة التالية):

١) النمط المنعزل (المغلق): وأعراضه شرود الذهن، حماسته محدودة، لا يلعب إلا قليلاً، غارق في التفكير بنفسه، كثير الأحلام والخيالات في صحوه، يتجنب الاتصال بغيره تجنباً ملحوظاً، خجول، كثير المخاوف، كثير الشك والظن بالناس، صامت، نادر الحديث، لا يميل إلى القيادة، دائم الحاجة إلى التشجيع، خامد الحماسة.

٢) النمط المتمركز (حول ذاته): وأعراضه قلة الثقة بالناس، أناني، مكافح، قليل العناية بالأمور، حقود، مغرور، كثير الادعاء، نادراً ما يسلم بالخطأ، يميل إلى تقريع الغير والأخذ بالثأر، سطحي، كثير الطغيان، كثير الانتقاد لغيره دون سبب ظاهر. له عن الأمور أحكام سابقة ومتسرعة، قليل العطف على غيره، كثير القسوة.

٣) النمط الملتج: وأعراضه قلة الصبر وصاحبه كثير الحركة، مثير للضوضاء ومحب للصخب، محب للأذى؛ كثير القلق، دائم التظاهر؛ نادراً ما يتم عملاً بدأ فيه.

٤) الطراز المتقلب: حساس، كثير النزوات، سهل الاستهواء، متردد، سريع التثبط، متقلب، يميل إلى الكآبة والوجوم حيناً ثم يشتد مرحه واستهتاره حيناً آخر. وهو عرضة لنوبات الحزن، أو نوبات الضحك والصياح، كثير الغضب، كثير الهموم، ويتسم بتقلب دائم في حالته الوجدانية الانفعالية؛ ومواقفه إزاء الحياة غير ثابتة.

٥) النمط/ الطراز العصابي: كثير الاهتمام بصغائر الأمور؛ كثير الهلع، مسرف في الدقائق والتفاصيل، متطرف في المحافظة على الأصول والمواعيد والرسميات، قليل الانتباه، شديدالقلق، كثير النسيان، متردد، متخلف، سهل الاضطراب والضيق، كثير الشكوى من التفاهات، كثيراً ما تظهر عليه الغرابة وتسيطر عليه أفكار خاصة ومخاوف مختلفة حتى المرضية منها.

والصفات السابقة للأنماط الخمسة قد (تتداخل) بعضها مع بعض وليس لازماً بالضرورة وجودها كلها عند فرد واحد. وإن من أبرز مزايا (الشخصية السليمة) كل الصفات التي تؤدي إلى توافق الفرد مع نفسه ومع بيئته ومجتمعه.

ويذكر في (التشخيص الطبي النفسي) الكفايات الخاصة: (الآلية، المنزلية، العملية، الموسيقية، الفنية، المهارة اليدوية، الألعاب الرياضية الخ..).

وفي التشخيص الطبي النفسي ليس المهم تعداد الأعراض والصفات بل الحصول على (صورة ديناميكية لشخصية المريض) والوقوف على العوامل الفعالة المؤدية لشكواه، وتقدير ما يرجى في شفاء حالته (التنبؤ المستقبلي): Future Prediction

نموذج رقم (٣)

نموذج ريتشاردز لدراسة الحالة: الأسلوب التحليلي: Richards

الاتجاه التحليلي وسماته العامة: تحدث ريتشاردز في كتابه (علم النفس الإكلينيكي المعاصر)[٧] حديثاً مفصلاً عن (النموذج التحليلي) لدراسة الحالة. ويمكننا تلخيص السمات العامة لهذا النموذج بالآتي:

أ- يركز على خصائص وصفات الحالة تحليلياً وتاريخياً وعمودياً؛ كالبيانات الأولية للمريض وخصائص الحالة جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً ودراسياً ومهنياً والتطور العائلي.

ب- يهتم بالشكوى وأسبابها والأمراض ومراحل النمو والتطور.

جـ- يركز على الأعراض والمعاناة واحتياجات المريض وأساليبه الدفاعية.

أما سمات الأسلوب التركيبي (ساندبرغ، تيلر) فهي:

أ- يهتم بالصياغة التركيبية لعناصر الحالة وعرضها كصورة وظيفية متكاملة للمريض في نواحي التكيف مع نفسه وحياته وبيئته.

ب- يركز الأسلوب التركيبي على الحاضر وديناميات السلوك عند المريض ومرضه النفسي أو العقلي وحكم الأخصائي حولها.

جـ- يهتم بالتنبؤ المستقبلي للمرض وتوصيات العلاج.

محتويات نموذج ريتشاردز التحليلي لدراسة الحالة: ١٩٤٦:
Analytic Method of Case Study

أولاً: البيانات الأولية: Identifying Data

وتشمل الاسم، والسن، والدين، والجنس، وتاريخ الميلاد، والجهة المحوِّلة للحالة.

(ثانياً): تاريخ تطور الأسرة: Family Record

(ثالثاً): تاريخ تطور الفرد: Individual Development

أ- **العوامل البيئية**: طفولة المريض - الأبوان - علاقاته بهما.

ب- **نمو المريض أثناء الطفولة**: صعوبات التبول والإخراج - قضم الأظافر - مص الإبهام - نوبات الغضب.

جـ- **الأمراض الجسمية**: ظروف الولادة - الإغماآت والتشنجات - إصابات الدماغ - تأثير الأمراض على المريض.

د- **التطور التعليمي للمريض**: التكيف الدراسي - النجاح والتفوق - التأخر والفشل.

هـ- **التطور المهني للمريض.**

و- **الحوادث الدالة على الجُناح.**

ز- التطور الجنسي النفسي: النضج الجنسي - السلوك الجنسي - الزواج والطلاق - نظرة المريض إلى الجنس الآخر.

ح- العلاقات الاجتماعية: علاقاته بالآخرين - نظرته للغير.

ط- التاريخ السلوكي: خصائصه السلوكية، محاولة الانتحار.

ي- استخدام الأدوية[٨].

أما العالمان (ويلز، ورويش ١٩٤٥ **Wells + Ruesch**)؛ في كتابهما: المفحوصون العقليون؛ فقد نهجوا النهج التحليلي النائي وحددوا محتوى دراسة الحالة (بخمسة أجزاء):

(أولاً): فترة الطفولة والمراهقة: وتتضمن الولادة وظروفها والأمراض - الأسرة والوالدان والبيئة - الأمراض العصبية والعصابية والعقلية - شخصية المريض - التطور التعليمي للمريض.

(ثانياً): فترة الرشد: وتتضمن الأمراض - النواحي الجسمية والجنسية - البيئة والأسرة والمركز الاجتماعي - التطور المهني للمريض - عادات المريض - النواحي الجنسية - الأمراض العصبية العقلية والعصابية - ميول المريض - النواحي الدينية.

(ثالثاً): التاريخ الأسري: وبشكل خاص الأمراض التي وجدت لدى أفراد الأسرة.

(رابعاً): الأعراض والشكاوى الحالية: وتحتوي على مشاعر المريض - الأعراض الجسمية - التفكير ومحتوياته - مناطق الجسم التي كان يشتكي منها - الأجهزة الجسمية التي كان يشتكي منها.

(خامساً): الاختبارات النفسية: وتحتوي على المظهر الخارجي من تعبيرات وسلوك وأوضاع جسمية للمريض أثناء المقابلة - الاستجابات الانفعالية والوجدانية - الشخصية وسماتها وتغيراتها نتيجة للمرض - حاجات المريض ودفاعاته وصراعاته وتهديداته - التصنيف التشخيصي سواء كان اضطراباً بسيطاً أو عصاباً أو ذهاناً أو مشكلة سلوكية أو فصاماً أو ذهاناً عضوياً؛ وتطور المرض وسن المريض عند الإصابة[9].

وقد استعرض (ساندبرغ وتيلر ١٩٦٢) في كتابهما: (علم النفس الإكلينيكي المعاصر) محتوى دراسة الحالة بشكل تفصيلي مسهب على النحو التالي:

(١) بيانات ذاتية: وتوضع في ملف المريض على شكل «بطاقة أولية» وفيها اسم المريض، وعنوانه، وجنسه، وتاريخ ومكان ميلاده، وحالة الزواجية، والمهنة، والتعليم، والدين، والدخل، وأسماء الأقارب المحيطين بالمريض.

(٢) أسباب المجيء: وتحتوي على المشكلة والشكوى الحالية، وتاريخها وكيفية بدايتها، وكيفية تحويل الحالة وتبليغ المريض، وخبراته السابقة بالعيادات والمستشفيات، وتوقعاته في نوعية المساعدة وكيفيتها.

(٣) الظروف الحاضرة للحالة: وتشمل حياة المريض اليومية من الصباح حتى المساء وعودته للنوم، وبيان تفصيلي عن كل فرد في العائلة له مع المريض علاقات هامة؛ والتغيرات الحادثة في المدرسة أو العمل أو الأسرة أو النزهة والترفيه.

(٤) تكوين الأسرة: وتحتوي على بيانات شاملة عن الأم والأب

والإخوة والأخوات ودور المريض في الأسرة سواء كان دوراً رقيقاً محبوباً أو مكروهاً مضطهداً. وكذلك المصاهرة والتفكك العائلي وحوادث الوفاة والطلاق.

(٥) الخبرات الأولية: وهي الأحداث المؤثرة في حياة المريض المبكرة وأشخاصها وأماكنها ومشاعر المريض عنها.

(٦) الميلاد والنمو: وتهتم بظروف الولادة، والمشي والكلام، وصعوبات الفطام، وقضم الأظافر، ومص الإبهام والمخاوف المرعبة في الظلام، وعلاقات الطفولة الاجتماعية ومشكلاتها كالكذب والسرقة والعزلة والقسوة والاحتيال، ونظرة المريض لطفولته سواء كانت سارة أو غير سعيدة.

الصحة: وتشتمل على أمراض الطفولة وزمن الإصابة بها. والأمراض الأخرى، والإصابات، والعمليات الجراحية، والعجز، وتقييم المريض لدرجة صحته.

(٨) سجل العمل: ويتضمن وصفاً لأعمال المريض بشكل تتابع زمني، وأسباب تغييرها، والاتجاهات نحو العمل، والمسؤولية، والتوفير في الدخل.

(٩) الترفيه والاهتمامات: وتشمل الأعمال الاختيارية بدون أجر، ونشاطات المريض الثقافية كالقراءة، وعضوية الجماعات، والأنشطة الدينية، والأعمال المبتكرة، وتقييم المريض لنفسه في تعبيره عن ذاته.

(١٠) النمو الجنسي: ويشتمل على المعرفة الأولية للجنس وردود الأفعال؛ وتطور الاهتمام الجنسي، وأشكال التعبير عنه كالاستمناء أو الجنسية الغيرية أو الجنسية المثلية أو عادات أخرى. وتقييم المريض لقدرته على التعبير الجنسي.

(١١) البيانات الزواجية والأسرية: وتتناول ظروف الزواج وتاريخه ومراحله وعدد مرات الزواج، والحمل والأطفال وأعمارهم، والعلاقات الأسرية والأسفار، والمقارنة بين أسرة الفرد الجديدة وأسرته القديمة. وتوضيح العلاقات بين أفرادها ومشكلاتها.

(١٢) وصف الذات: ويتضمن وصف المريض لذاته على شكل رسالة أو قصة أو دور مسرحي وخصائصه الهامة كنقاط القوة والضعف، ومصادر الازعاج من شك، وقلق، وتأنيب ضمير، ومشكلات توافقية قائمة، ووصف المريض لأعراضه ومشكلاته، ووصف المريض (لشخصين) يشبهانه تماماً، و(شخصين) يخالفانه تماماً؛ وتحديد (شخص) يود المريض أن يكون مثله.

(١٣) الاختبارات ونقاط التحول الحياتية: وتشتمل على منعطفات التحول في الحياة واختيار القرارات بها كنوعية الدراسة، أو الزواج أو الانفصال عن أهله أو اختيار العمل. وبيان نواحي النجاح والفشل في حياة المريض، ومصادر التشجيع حوله في أوقات الشدة والأزمات، وفقدان الثقة، والقدرة على اتخاذ القرار والضبط الإرادي.

(١٤) بيانات إضافية: وتشمل كل إضافة مكملة ونافعة[١٠].

وقد تحدث العالم (براون Brown ١٩٦٨) في بحثه بكتاب «مناهج البحث في علم النفس» بإشراف أندروز؛ عن (محتوى تاريخ الحالة) وحددها (بستة أقسام) كما يأتي:

١ - بيانات أولية.
٢ - تقرير المشكلة.
٣ - عوامل ولادية وبدنية مؤثرة في السلوك.

٤- عوامل بيئية مؤثرة في السلوك.

٥- الاستجابات للقوى الولادية والفيزيولوجيةوالبيئية التي يجوز أن تكون قد أثرت في أنماط السلوك الراهنة.

٦- مصادر المعلومات (البيانات)[١١].

نموذج رقم (٤)

نموذج ساندبيرغ وتيلر (التركيبي) لدراسة الحالة: Formulation Method of the Case

يدعو العلماء هذا النموذج بأسلوب (صياغة دراسة الحالة)؛ وقد أشرنا في الصفحات القليلة الماضية أن منهج (ساندبيرغ وتيلر) التركيبي يتركز حول (صياغة عناصر الحالة كصورة وظيفية متكاملة) ويهتم بتكيف المريض وحاضره، وديناميات سلوكه وفوق كل هذا (حكم الأخصائي حولها) والتنبؤ بمستقبل المرض وتوصيات العلاج. ويمكننا استعراض أبرز ملامح النموذج التركيبي لدراسة الحالة على الشكل التالي:

١ - **شخصية المريض**: وتتضمن تفسير ديناميات شخصيته ومرضه النفسي أو العقلي.

٢ - **أسباب المرض**: وترتبط بالظروف السابقة لحدوثه.

٣ - **التنبؤ المستقبلي**: ويرتبط بالتوقعات في اتجاهات المرض ومستقبله.

٤ - **توصيات العلاج**: وقد تكون مقترحات علاجية أو تحويل لجهات أخرى.

وقد أثار هذان العالمان في كتابهما (علم النفس الإكلينيكي) تساؤلات هامة وزوايا متعددة حول جزئيات الحالة التي تستدعي صياغة وتجميعاً وتركيباً وهي:

أولاً: الوظائف النفسية والعقلية الحاضرة للمريض ومدى قيامه بها وتشمل:

(١) قيامه الوظائفي في الجماعات والمجالات التي يعيش بها ودوره وتفاعلاته.

(٢) المهارات والقدرات الوظيفية كالذكاء، والعجز العقلي والاضطراب الانفعالي.

(٣) نواحي القوة والعجز دراسياً وجسدياً ومهاراته في حل المشكلات.

(٤) نواحي التشويه أو العجز الجسمي وآثارها ومشكلها.

ثانياً: دوافع المريض وانفعالاته وتشتمل على:

(١) العلاقات الاجتماعية بما في ذلك أنماط السلوك وأعراضها.

(٢) الخصائص الانفعالية من قلق وتذبذبات انفعالية.

(٣) الصراعات النفسية والاستجابات التوافقية والدفاعات وعلاقاتها بالتوافق.

ثالثاً: مفهوم الذات والتنظيم الأساسي للمعتقدات ويتضمن:

(١) الهوية أو الذاتية للمريض ومعتقداته المسلّمة التي لا تناقش.

(٢) احتمال وجود مؤشرات أو أدلة على هذيان في اعتقاداته عن نفسه.

(٣) القيم والسلطات ونظرة الفرد لها ومصادرها لديه.

رابعاً: تطور الحالة والتغيرات الطارئة:

(١) أنماط الاختيار عند المريض واتخاذ القرار واكتشاف البدائل.

(٢) التطورات الموقفية في الأدوار والواجبات في مواقف متعددة.

(٣) القدرة على التعلم والتغير واستعداد المريض للاستيعاب والمرونة.

خامساً: الانطباعات التشخيصية:

(١) التصنيف الطبي النفسي الملائم للحالة؛ وما هو البديل؟

(٢) نواحي العجز في القدرة والأداء الآكاديمي أو اللفظي والمهن الملائمة له للتدريب.

سادساً: التوصيات والتنبؤات:

(١) الحاجات الخاصة بالنمو والتغييرات اللازمة لمواجهة المستقبل المحتمل.

(٢) تغيرات مرتبطة بالمجال كتبديل المنزل، أو اختيار نوع العلاج أو الإرشاد.

(٣) الأعمال والتدريبات الخاصة بالمريض كالعلاج بالعمل: Occupational Therapy

أو العلاج الصناعي: Industrial Therapy

أو التأهيل المهني: Vocational Rehabilitation

(٤) النتائج النفسية للعلاج الجسمي Somatic Treatment وفوائد أو مساوىء الأدوية والعقاقير أو العلاج التشنجي الكهربائي: Electroconvulsive Therapy أو غيرها.

(٥) العلاج النفسي وما مدى قيمته ونوعه؟ ومن يقوم به؟ وهل كان فردياً أو جماعياً أو إرشادياً[١٢].

حواشي الفصل الحادي عشر

(١) راجع د. محمود الزيادي: علم النفس الإكلينيكي: مكتبة الأنجلو المصرية. ١٩٦٩ - ص ١٣.

(٢) راجع د. محمود الزيادي: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٦٩ مكتبة الأنجلو المصرية. ص ٢١ - ص ٥٣.

(٣) راجع. د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٦٧ مكتبة مصر بالفجالة. القاهرة - ص ٤٧٢ - ص ٤٩٨.

(٤) نموذج ريتشاردز راجع:

(4) Richards, T. W. **modern Clinical Psychology** New York-McGraw Hill, 1946.

(5) Sundberg, N.D + Tyler: **Clinical Psychology**, New York, Appleton-Century-Crofts. 1962.

(٦) يقوم بهذا البحث الأخصائي/ الأخصائية الاجتماعية.

(7) Richards, T.W. Modern Clinical Psychology, New York-McGraw-Hill, 1946.

(8) Richards. T.W. Clinical Psychology, New York McGrawHill, 1946.

(9) Wells, F.L. And Ruesch, J: Mental Examiners' Hand Book, New York, Psychol, Corp; 1945.

(10) Sundberg, N. D And Tyler, L. E: Clinical Psychology, New York, Appleton-Century-Crofts, 1962.

(١١) راجع: براون، ا. د: مناهج البحث ووسائله في علم النفس الإكلينيكي في «مناهج البحث في علم النفس» بإشراف أندروز (مترجم بإشراف يوسف مراد). القاهرة - دار المعارف - ١٩٦٨.

(12) Sundberg, N.D. And Tyler, L.E: Clinical Psychology, New York, Appleton-Century-Crofts, 1962.

- انظر أيضاً: د. عطية محمود هنا، د. محمد سامي هنا: علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية: ١٩٧٦ ص ١٠٩ - ص ١١٥.

الفصل الثاني عشر

المقابلة التشخيصية

Diagnostic Interview

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد...
- التعريف والأهمية.
- شروط المقابلة الناجحة؛ وعيوبها..
- أهمية وأهداف المقابلة.
- نوعيات المقابلة:

(١) مقابلة الالتحاق بالعلاج أو المؤسسة.

(٢) مقابلة الفرز والتشخيص المبدئي.

(٣) مقابلة البحث الاجتماعي والشخصي للحالة.

(٤) مقابلة (ما قبل) و(ما بعد) الاختبارات النفسية.

(٥) المقابلة الممهدة للعلاج النفسي.

(٦) المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه.

- استراتيجيات نوعية للمقابلة:
  (١) استراتيجية المقابلة البؤرية.
  (٢) استراتيجية المقابلة الإكلينيكية.
  (٣) مقابلة المشكلة الواحدة) أو (التعمق).
  (٤) استراتيجية المقابلة المتمركزة حول العميل.
  (٥) المقابلة الجماعية؛ ومزاياها وعيوبها.
- أسس ماثودولوجية للمقابلة:
  (١) الإصغاء الدقيق.
  (٢) الأسئلة الهادفة.
  (٣) إدراك الدوافع اللاشعورية.
  (٤) كشف وملاحظة التناقضات الوجدانية.
  (٥) التقبل المبصر.
  (٦) الوئام والعلاقة الحميمة المسؤولة.
  (٧) تفسير البيانات والنتائج.
- تسجيل وممهدات المقابلة...
- أهمية (التفاعل) بين الأخصائي والمريض في المقابلة التشخيصية.
- مبادىء المقابلة: (هادلي - روثليسبرغر، وديكسون - براون)
- مضمون ومحتوى المقابلة التشخيصية.
- تقييم المقابلة وثباتها وصدقها.

* * *

«إن مئات الآلاف من المصانع، والشركات، والمدارس، والعيادات في شتى أرجاء الوطن العربي تنتظر شبابنا وفتياتنا للمساهمة في تطويرها. وربما تكون - المقابلة - كفن وعلم بداية لهذا التطوير. إن تعلم الديمقراطية أو المقابلة لا يتم إلا بالممارسة؛ وليس برفع الشعارات.

الفصل الثاني عشر

المقابلة التشخيصية

Diagnostic Interview

تمهيد:

أصبحت المقابلة في العصر الحديث أداة بارزة من أدوات البحث العلمي؛ وقد ظهرت كأسلوب هام في ميادين عديدة كميدان الطب والصحافة والمحاماة وإدارة الأعمال والأنثروبولوجيا والاجتماع والخدمة الاجتماعية؛ وبشكل خاص في مجالات التشخيص والعلاج النفسي. وقد تأثرت المقابلة كأداة للبحث بعاملين هامين هما: المقابلة الاكلينيكية وحركة القياس السيكولوجي.

التعريف والأهمية:

يعرف العالم (آلين روس) المقابلة بأنها عبارة عن علاقة دينامية وتبادل لفظي بين شخصين أو أكثر، الشخص الأول هو اخصائي التوجيه والإرشاد أو التشخيص، ثم الشخص أو الأشخاص الذين يتوقعون مساعدة فنية محورها (الأمانة) وبناء العلاقة الناجحة[1].

أما (بنجهام، ومور، وجستاد:

(Binghaam, Moore, Gustad

فيرون « بأن المقابلة هي محادثة موجهة (لغرض محدد) غير الإشباع الذي يتم عن الحادثة نفسها »[٢].

وليس الهدف - على هذا - من المقابلة عنونة المريض وإلصاق الصفات به أو تصنيفه في فئة إكلينيكية محددة، وإنما الهدف منها هو الكشف عن (ديناميات السلوك المرضي) قبل أي اعتبار. ويتوقف نجاحها في تقديرنا على قدرة الأخصائي في بناء علاقة دافئة ومشجعة بينه وبين المريض وهي علاقة الثقة والتوادّ: Rapport. والمقابلة التشخيصية ترمي إلى المساعدة على تشخيص حالة المريض بتوجيه أسئلة هادفة ذات (صياغة محكمة)، وبملاحظة سلوكه ملاحظةً دقيقة. وفي موقف المواجهة بين الأخصائي والمريض يتمكن الأول من الحصول على كثير من المؤشرات والعلامات Clues التي تساعده على دقة التشخيص.

ويؤكد العالمان (شافر ولازاروس Schafer, G.W. + Lazarus)؛ بأن الاختبارات ليست في حقيقة أمرها سوى - مقابلة مقننة - وليس هناك بديل للمقابلة في الخدمات النفسية فهي - على هذا - المحورُ الأساسي فيها[٣].

ويرى العالم (لانديز Landis) أن المقابلة أداة أساسية في البحوث النفسية والاجتماعية وبدونها لا يتمكن الباحث من الوصول إلى بيانات ذات طبيعة دينامية[٤]. وقد استخدمها هو والعالم (كنزي Kinsey ١٩٤٨ - ١٩٥٣) في دراسات عن السلوك الجنسي، والنمو الجنسي النفسي بين الذكور والإناث[٥].

وقد حدّد العالم (شيمو ١٩٥١ : Sheimo) المقابلة في شرطي الأمانة والموضوعية بقوله:

«إن الاتجاهات المضادة - الشخصية - Bias يجب أن لا يطلق لها الأخصائي العنان في التعبير. وهذه الاتجاهات تتمثل بالعاطفة المتطرفة في الشعور أحياناً بالأسى، والتوجس خيفة، ومحاولة إخفاء الحقيقة، ومن ناحية أخرى عدم الصبر، والضيق. ولا شك أنه إذا سمح لنفسه بإظهار هذه المشاعر، فإن عمله لن يكون سلبياً وموضوعياً بدرجة كافية. فمثلاً قد يتأثر الأخصائي بموقف الآباء الذي يدعو إلى الشفقة، وبناء على ذلك فقد يبدو لبعض الأخصائيين أنه ليس من الرأفة بمكان أن يكونوا صريحين مع الآباء بحقيقة الموقف. ولكن إذا كان موقف الأخصائي في إقناعه قوياً وحازماً، وفي نفس الوقت يسمح للآباء بأن يعبروا عما يجيش في نفوسهم من مشاعر القلق وعدم الارتياح لما أبداه لهم عن حقيقة ابنهم؛ فإنه بهذه الطريقة يستطيع أن يحصل على رضا الوالدين وتقبلهم لهذا الابن وللإرشادات المختلفة التي وجههم إليها»[٦].

ويؤكد خبراء الإرشاد السيكولوجي أمثال (هاملتون وكارل راجرز Hamilton and C. Rogers ١٩٥٨) أن المقابلة يجب أن ترتكز على عطاء فني وثقة متبادلة بين الأخصائي والعميل ويسودها روح الصدق والأمانة والمودة. وعلى الأخصائي في المقابلة إبراز مشاعره لا سيما في الحالات التي تستدعي تعاطفاً مع العميل تاركاً له حرية التعبير[٧].

وهكذا يبرز أن غرض المقابلة يتوقف على (الهدف) الذي يتمثل بها؛ ومهما كان الهدف: تشخيصياً كان أم إرشادياً؛ علاجياً أم استطلاعياً؛ فإن (جمع البيانات والفهم المتكامل) لشخصية العميل هي القاسم المشترك الذي تتصدى له المقابلة بشتى أنواعها. ويهتم علماء النفس الإكلينيكي بمدى ثبات المقابلة التشخيصية في تقييم المرضى. وقد أثبتت دراسات العالم (شميدت

Schmidt)؛ أن هنالك قدراً لا بأس به في ثبات المقابلة؛ وكانت معاملات الاتفاق بين القائمين بالمقابلة أمثال (شميدت وفوندا) وغيرهما قد بلغت أكثر من ٠,٨٠ ، وسنتعرض لهذا بالتفصيل في نهاية هذا الفصل[٨].

وقد اتجه بعض العلماء للدعوة إلى استخدام (المقابلة المقننة) كبديل لأدوات التقييم الأخرى. والرأي الأقرب إلى الثبات في نظر فئة أخرى من العلماء هو ضرورة الجمع بين المقابلة، ودراسة الحالة، والاختبارات ليكون لدى الأخصائي قاعدة للمقارنة من أجل الوصول إلى صورة أقرب إلى الحقيقة لشخصية المريض ومرضه.

وهناك من العلماء من يرى بأن المقابلة في الحقيقة هي المحك Criterion الذي يستخدم لقياس مدى صدق الاختبارات التشخيصية والصعوبة الكبرى التي تعتبر من عيوب المقابلة هي وجود الوقت الكافي والخبراء في فن المقابلة؛ وغالباً ما تتم المقابلة في تشخيص سريع وعلى أيدٍ تحتاج للكثير من التدريب والدراية والخبرة.

والمقابلة التشخيصية ليست وقفاً على الأخصائيين النفسانيين فخبراء الإرشاد والخدمة الاجتماعية والأخصائيين الاجتماعيين يمكن أن يؤدوا دوراً بارزاً في المقابلة. وقد يلجأ الأخصائي لمقابلة أفراد لا علاقة لهم بالحالة لتزويده بمعلومات ترتبط بالمشكلة التي يحاول دراستها ومعالجتها.

وقد حذرت العالمة (هيلين بيك Helen Beck) في كتابها الإرشادي[٩]؛ حين ناقشت عملية إرشاد آباء الأطفال الشواذ؛ في أنهم - أثناء المقابلة - يميلون لإنكار المعلومات غير السارة أو المؤلمة؛ والتي غالباً ما تأتي من مصادر خفية لاشعورية. وتقترح العالمة (هيلين بيك) أن يكون الأخصائي حذراً وقادراً على اكتشاف هذه الدوافع اللاشعورية التي تعتبر

عيباً من عيوب المقابلة التي لا يوجد فيها ضمان كامل، وتشدد على ضرورة (الموضوعية) عند الأخصائي في - حدود الإمكان.

وفي تقديرنا أن الأمانة والموضوعية في المقابلة يجب أن تكون ذات طرفين؛ يمثل العميل أو الآباء طرفاً بها؛ ويكون الأخصائي الطرف الثاني والمكمل بها.

أما العالم (كانر Kanner) فإنه ينصح الأخصائي عند المقابلة بعدم التسرع بالإجابة على أسئلة أو نقاط غامضة يفضل الآباء الحديث عنها بصفة تلقائية لشعورهم أنها شؤون عائلية ومن شأنهم - وحدهم - إدلاء البيانات والمعلومات عنها[١٠].

شروط المقابلة الناجحة: يمكننا أن نستخلص مما تقدم أن المقابلة الناجحة لا بد أن تتركز على شروط واضحة. ونستطيع - في تقديرنا - تحديد أهم هذه الشروط على الشكل التالي:

١) أن يتمكن الأخصائي من تشكيل علاقة ألفة ومودة مع (العميل) أو أفراد العيّنة أو المسؤولين أثناء المقابلة.

٢) أن تكون (كلمات الأسئلة) مبسطة وواضحة وحسب مستوى المجيب.

٣) يستطيع الأخصائي رفع مستوى صدق وثبات المقابلة باجرائها بطرق مختلفة؛ وفي أوقات متفرقة؛ وفي أماكن متعددة لتكشف كافة الزوايا المطلوبة عن الحالة أو المشكلة، ويمكن تسجيل الإجابات (يدوياً أو آلياً) أثناء إجراء المقابلة أو بعدها؛ ومن الأخصائيين من يفضل استخدام أجهزة التسجيل الصوتية، ويمكن إلى جانب المقابلة الاستعانة بتطبيق الاستفتاآت المفتوحة أو المقفلة مع المقابلة.

عيوب المقابلة: ازدادت مصادر النقد في العصر الحديث لفجوات المقابلة وعيوبها رغم ما فيها من مزايا وقيمة؛ ويمكننا تحديد هذه العيوب بما يأتي:

١) ليس من المستبعد أن يقع الأخصائي أثناء المقابلة بتحيز شخصي: Bias سواء في تفسيره للمحادثة أو نظرته للشخص الآخر أثناء المقابلة؛ وقد تقف فوارق الجنس؛ واللون؛ والدين؛ والاتجاه الايديولوجي والسياسي؛ والذكورة أو الأنوثة، والنظرة العنصرية السلالية أو الطبقية الاجتماعية؛ عوائق صعبة في وقوع الأخصائي أثناء المقابلة ضحيةً لتفكير مسبق وأحكام عاطفية لا تخلو من تعصب وجنوح وليس من السهل إنكارها أو التخلص منها ببساطة لأنها جزء من شخصية الأخصائي.

٢) أثناء المقابلة يمكن (الإيحاء) للمجيب بنوع من الأجوبة التي يعتقد أن السائل يريد الوصول إليها.

٣) إن المجيب في – معظم الحالات – قد يعطي إجابات لا تعبر عن رأيه الحقيقي إذا كان خائفاً أو خجولاً؛ أو شاعراً بالذنب؛ أو محاولاً الاحتفاظ بكرامته وشعوره؛ أو تحت أي ضغط من الضغوط.

٤) إن السرعة أثناء المقابلة قد تكون عاملاً يهدد ثباتها وصدقها ولهذا لا بد من وجود الوقت الكافي.

وقد تعمدنا استعراض شروط المقابلة الناجحة؛ وعيوبها؛ في هذا المكان من هذا الفصل لنضع (القارىء والأخصائي)؛ وجهاً لوجه أمام مسؤولية الدقة والاحتراس والموضوعية قبل أن نقدم إليهما أنواع المقابلة، ومبادئها وتقييمها.

أهمية وأهداف المقابلة:

لقد ثبت مما تقدم أن للمقابلة (دوراً) بارزاً في تجميع المعلومات والبيانات لتزويد الباحث أو الأخصائي النفسي بفهم شامل للحالة أو المشكلة التي يتصدى لدراستها أو تشخيصها.

وتبرز أهمية المقابلة في أنها في جوهرها هي عملية (إتاحة الفرصة) للتعبير الحر عن الآراء والأفكار والمعلومات.

وتبرز أهمية المقابلة بشكل خاص في - ميدان الإرشاد - بين الأخصائي والآباء بحيث تتحول من أداة اتصال ووسيلة التقاء إلى تجربة عملية يتاح بها للآباء أن يتعلموا شيئاً عن أنفسهم واتجاهاتهم؛ وعن العالم الذي يعيشون فيه وبالتالي تتكوّن لديهم أساليب تفكير جديدة وعادات (سلوكية مرغوبة) وبذلك تكون المقابلة ميداناً ومجالاً للتعبير عن المشاعر والانفعالات والاتجاهات؛ كما أنها مصدر للمعلومات والبيانات، فضلاً عن كونها أداة للتبصير والتوعية والتفاعل الديناميكي.

أما أهداف المقابلة فتختلف باختلاف (الغاية) التي تستهدف المقابلة تحقيقها في نهاية المطاف، ويتضح لنا ذلك بالتفصيل حين نتعرض لأنواع المقابلة حيث نشاهد أن لكل نوع منها غرضاً محدداً وغايات يحاول الأخصائي تخطيطها مُسبقاً حتى يتمكن من الوصول إليها.

وقد وصفت - على سبيل المثال - العالمة الشهيرة (آلين أورباش Aline Auerbach) غرض المقابلة بين المرشدين والآباء وعرضت الغرض (التوقُّعات) التي يود الآباء معرفتها والحصول عليها فقالت:

«إن الآباء يريدون من المقابلة مع المرشد معلومات عملية وجديدة

ودقيقة. يتوقعونها في لغة مبسطة يستطيعون فهمها. ويريدون معرفة كل شيء عن الجوانب الانفعالية للحالة وطريقة التأثير في شخصية الطفل وسلوكه. إن الآباء يريدون أن يعرفوا عند مقابلة الأخصائي كيف يتصرفون حيال أبنائهم في الوقت الحاضر، وما الذي يتوقعونه منه في المستقبل »[11].

ويصور العالم (روس Ross) رد الفعل الشديد عند المقابلة من الآباء بقوله:

« .. تعمل ميكانيزمات الدفاع تلقائياً عند المقابلة مع الآباء؛ فهم عموماً يستجيبون للتشخيص بغضب؛ أو شعور بالذنب، أو إنكار أو معارضة. وهنا ينبغي على الأخصائي أن يولي عناية كبيرة بأن يدع الآباء يجعلونه يقول ما يريدون أن يسمعوه ويرغبوه. ولكنه إذا كان مقتنعاً بقيمة ما يقدمه من توصيات فإنه يجب أن يعبر عنها بكل ثقة ويتمسك بها بكل قوة وإصرار »[12].

نوعيات المقابلة:

إن الذي يحدّد نوع المقابلة هو (الهدف والغرض) الذي تقام من أجله المقابلة. وقد قسم العلماء المقابلة إلى (ستة أنواع) رئيسية طبقاً لغرضها والهدف من إجرائها:

١ - مقابلة الالتحاق بالعلاج أو المؤسسة:

Admission or Intake Interview

إن الهدف من هذه المقابلة القصيرة تحديد حالة المريض بصفة مبدئية

وإمكانية قبوله بعد دراسة استمارة يقوم بإملائها؛ أو تحويله لجهة أخرى. ويمكن أن يصنف الفرد بها تصنيفاً مرضياً إذا كان الأخصائي في المقابلة ذا مهارة عالية فتصبح لها قيمة تشخيصية. وقد تكون غاية هذه المقابلة قبول فرد معين في مؤسسة أو إدارة. ويطلق على هذا النوع من المقابلة القصيرة المدة: Brief Interview وهي تزيد من توعية المريض وتبصيره بمشكلته وتصحح تفكيره عن العلاج النفسي وتوجهه إلى نوعية الخدمات المتاحة له للاستفادة منها.

٢- مقابلة الفرز والتشخيص المبدئي (انتقاء أو عزل):

Screening and Diagnostic Interview

إن التشخيص المبدئي في هذه المقابلة يستهدف تصنيف الأفراد حسب درجات مرضهم النفسي وحالاتهم ويكون تحت ضغط السرعة كالطلبة المتخصصين في الدراسات النفسية العليا أو طلبة الكليات العسكرية؛ ويكون الأفراد في هذه المقابلة تحت نوعية خاصة من التوتر كخلع الملابس، وهنا تتهاوى الدفاعات النفسية عند الفرد ومقاومته للإجابة الصحيحة تقل. أما عملية العزل والانتقاء أثناء الفرز فتهدف إلى اختيار أفراد إلى مهن ومهمات معينة وعزل أفراد عن مهمات لا تتناسب معهم. وتزداد هذه المقابلة من هذا النوع في الخدمة العسكرية ويتوقف نجاحها على (دقة الملاحظة) عند الأخصائي أثناء المقابلة ومهارته وخبرته في الكشف عن مظاهر السلوك السيكوباتي والشاذ.

٣) مقابلة البحث الاجتماعي والشخصي للحالة:

Social and Personal History Interview

وتهتم هذه المقابلة بجمع بيانات تفصيلية عن (الحالة) منذ مولدها

وتطورها وأسرتها والعلاقات بين الحالة ووالديها وغيرهما من الأشخاص الهامين بالنسبة لها. ويضم هذا النوع من المقابلة النواحي الصحية، والتعليمية والاجتماعية والبيئية. وقد يستخدم الأخصائي سجلات الشرطة وأحكام القضاء كما في حالات الجناح. وكذلك انفصال الوالدين أو وفاة أحدهما أو حدوث اضطرابات مالية للأسرة، أو مشكلات لأفرادها.

ويجب على الأخصائي أن يميز بين الكذب العشوائي الذي يقوم به المريض تحت ضغط ظروف سيكوباتية والكذب المتعمد المقصود الذي يمكن كشفه الفوري بواسطة اكتشاف آلة الكذب.

٤) مقابلة ما (قبل) وما (بعد) الاختبارات النفسية:

Pre and Post Testing Interviews

تلعب المقابلة ما (قبل) الاختبار دوراً كبيراً في تهيئة (العميل) Client عقلياً ونفسياً لأداء الاختبار وتخفف من مخاوفه وهذه المقابلة تؤثر تأثيراً مباشراً على سلامة الأداء ويتأكد فيها الأخصائي من سلامة المجيب من أي خلل حسي أو شلل أو تشويه يعرقل أداء الاختبار ويضع ذلك منذ البداية في الاعتبار. وتبرز أهمية هذا النوع من المقابلة - قبل الاختبار - في (البيئة العربية) لأن الأفراد عموماً في بلادنا ما زالت فكرة إجراء الاختبارات التشخيصية عليهم أمراً جديداً. وهم يتطلبون إرشاداً وإعداداً قبلها Orientation.

أما المقابلة التي (تعقب) الاختبار فهدفها إشباع رغبة المريض في معرفة نتائج الاختبارات التي طبقت عليه. ويعتبر هذا الهدف بالغ الأهمية في نظر علماء النفس الإكلينيكي لأنها تقضي على القلق الناشيء عن تطبيق

الاختبارات كما انها تساعد في توجيه الحالة نحو العلاج وتمهد له. وتساعد أيضاً في مراجعة صدق نتائج الاختبار؛ وتمكننا هذه المقابلة من التحقق من الكثير من الفروض المتعلقة بذكاء الحالة أو ديناميات سلوكها. ويميل البعض إلى تسمية هذين النوعين من المقابلة (جلسات Sessions).

٥) المقابلة الممهدة للعلاج النفسي:

Introduction to Therapy Interview

يختلف الأفراد من حالة لحالة؛ حسب شدة الحالة ودرجة تعقيدها. ولكن الجميع يحتاج قبل بدء العلاج إلى تمهيد وإعداد. وهدف هذه المقابلة تعريف المريض بطريقة العلاج وضرورة تعاونه مع الطبيب النفسي، وغرس الثقة عنده لأن الدافع لدى المريض بالشفاء من أقوى دعائم النجاح في العلاج. ويتركز هدف هذه المقابلة في محاولة الأخصائي تعديل (الاتجاهات الخاطئة) عند المريض. وضروري عدم مجاملة المريض على حساب صحته النفسية وحقائق حالته لأن الصراحة المعقولة معه ستوفر عليه حزناً أكثر ووقتاً أطول ويأساً أكثر عبثاً مما يظن.

(٦) المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه:

Interviewing Friends and Relatives of the Patient

يؤدي أهل المريض وأقرباؤه وأصدقاؤه دوراً بارزاً في جمع البيانات، وتقييم الحالة وتشخيصها، ودوراً في تقدُّم العلاج والمسارعة فيه لأنهم (البيئة البشرية) التي كانت وتظل تحيط بالمريض.

ويجب على الأخصائي أن يكون حذراً ولبقاً في استئذان المريض قبل مقابلة أقاربه وأصدقائه حتى لا تؤدي مقابلتهم إلى عكس النتائج المتوقعة منها. وتساعد هذه المقابلة أثناء سير العلاج حين يتعاون الأقارب مع الطبيب النفساني على مساعدة المريض وشفائه السريع.

هذا وسنتناول بالتفصيل الحديث عن (المقابلات العلاجية) في كتابنا القادم: (أساليب واستراتيجيات العلاج النفسي).

استراتيجيات نوعية للمقابلة:

يقسم العلماء المعاصرون المقابلة إلى خمس استراتيجيات:

١) استراتيجية المقابلة البؤرية: **Focused Interview**

وهي طبقاً لدراسات (مورتون، وفيسك، وكندال ١٩٥٦) تهدف إلى تركيز اهتمام المريض أو العميل على (خبرة معينة): **Specific Experience** وعلى آثار هذه الخبرة مثل (فاجعة عائلية أو حادث اصطدام أو رؤية فيلم) والأخصائي يعرف مقدماً هذه الخبرة ويعد الأسئلة المرتبطة بكافة جوانبها وأبعادها. ومصدر المقابلة ومحورها هو الأخصائي لأنه يعرف نوعية البيانات التي يود الحصول عليها. ولا سيما (الخبرة الذاتية للأشخاص) الذين تعرضوا للموقف. وتستخدم المقابلة البؤرية بصفة عامة الأسلوب غير الموجه في تشجيع العميل على تحديد الموقف الذي تعرض له، وذلك عن طريق الإشارة إلى أهم الجوانب في هذا الموقف ثم التدرج في استطلاع استجاباته إذا كان فرداً واحداً.

٢) استراتيجية المقابلة الإكلينيكية:

Clinical Interview

وتكون في الجانبين (العيادي، والاجتماعي) وتهتم (بالمشاعر والدوافع وكامل الخبرات) في حياة العميل أكثر من اهتمامها بآثار خبرة معينة. وفي المقابلة الإكلينيكية، يلاحظ السلوك غير اللفظي مثل ملامح الوجه وسرعة الكلام لدلالاتها التشخيصية. وتختلف نوعية المقابلة الإكلينيكية طبقاً (للهدف) منها.

٣) مقابلة المشكلة الواحدة أو التعمق:

Problem or Depth Interview

يميل بعض علماء التخصص حالياً إلى أن المقابلة يجب أن تتجه نحو (مشكلة واحدة) بذاتها وبشكل متعمق دون التطرق إلى الأطراف الأفقية منها. وهذا الاتجاه العمودي يجعل الأخصائي محدداً في شيء معين بدلاً من انشغاله بأشياء كثيرة في وقت واحد.

٤) استراتيجية المقابلة المتمركزة - حول العميل:

Client-Centred Interview

يعتبر العالم (كارل راجرز C. Rogers ١٩٥١) أول من ابتكر هذا النوع من المقابلة واستخدمه للتشخيص والعلاج بنفس الوقت بأسلوب (إرشادي). وراجرز لا يفصل بين العلاج والتشخيص وهو يعتبرهما متلاحمين ومتصلين. ويشجع الأخصائي (العميل: Client-Patient) للتعبير

عن مشاعره - بدون شروط أو قيود - وبأقل قدر ممكن من التوجيه أو المساءلة، كما يعمل على خلق جو من التقبل والسماحة والتنبُّه للمشاعر التي تتضح في أقوال العميل، بصورة تشجعه على التعبير الطليق عن مشاعره دون خوف.

٥) المقابلة الجماعية:

Group Interview

تستهدف هذه المقابلة توفير الجهد، وسرعة الوقت، وقلة التكاليف. ويرى العالم (جود ١٩٥٩) بأننا لا نملك حالياً تقيياً يكفي للحكم على هذا النوع من المقابلات ولكن الخبرات العملية في استخدامها في العلاج (الجماعي) و(العائلي): Group and Family Therapy تشير إلى أنها لا تخلو من مزايا وعيوب. ويتراوح أعداد المجموعة في هذا المقابلة التي تستخدم (للتشخيص والعلاج معاً) بين (١٠ - ١٢) شخصاً يتم إيجاد التناسق بين أفرادها والعمل على تهيئتهم على يد مدرب مختص على مستوى عال من المهارة. ومن أبرز مزايا (المقابلة الجماعية):

أ- التشجيع على التعبير والمشاركة.

ب- إمكانية الحصول على أوسع مدى من الاستجابة نتيجة وجود مدى أوسع من الخبرة والتبادل التفاعلي في الجماعة.

جـ- يساعد التفاعل الاجتماعي على سهولة تذكر التفاصيل عن الخبرات.

د- الجو الجماعي يخفف عن (الفرد) مشكلاته حين يسمع مشكلات

الآخرين التي غالباً ما تكون أكبر من مشكلته وهو بدوره يخفف عنهم ويساعدهم.

أما عيوب (المقابلة الجماعية) فتنحصر بالآتي:

أ- تحتاج لأخصائي على مستوى عال من الخبرات والمهارات والتدريب والمعرفة بديناميات الجماعة والتفاعل.

ب- لا تنجح المقابلة الجماعية ما لم يكن أفراد المجموعة في حالة إعداد وتناسق وانسجام مسبق، وتقارب في السن، والثقافة، والمستوى الاقتصادي، ونوعية المشكلات ودرجة حدَّتها وعندها يولد التفاعل ثماراً محددة.

جـ- قد يكون (الخجل والخوف) عائقاً عند بعض الأفراد.

د- قد يحتكر بعض الأعضاء المناقشة والدور ويخرجون عن أهداف وموضوع المناقشة.

هـ- المقابلة الجماعية قد لا تمثل (البيئة المحلية) كلها في المشروعات الاجتماعية ومشاريع التنمية.

أسس ماثودولوجية للمقابلة: (غاريت ١٩٤٢) يعتبر كتاب العالمة (غاريت ١٩٤٢) عن المقابلة واحداً من الكتب القلائل التي ساهمت مساهمة كبيرة في شرح أسس المقابلة ومفاهيمها ومضمونها. ونود أن نستعرض (سبعة أسس) منهجية للمقابلة عند غاريت[١٣]:

١ - الإصغاء الدقيق: The Listening

تؤكد العالمة (آنيتا غاريت) بأن الإصغاء الدقيق عند الأخصائي لكل

كلمة من كلمات المريض The Patient هو من أبرز الأسس المنهجية في المقابلة الناجحة؛ والإصغاء يختلف عن مجرد الاستماع Hearing؛ لأن الأول هو مشاركة وجدانية كاملة للعميل Client الذي يقوم بعملية تفريغ لمشاعره وآلامه واحباطاته. ومن الضروري أن يراعي الأخصائي راحة المريض أثناء الجلسة لأن التوتر Tension كثيراً ما يعوق الحديث المتسلسل ويعرقله. وعلى قدر ما يبرز الأخصائي من اهتمام وتفهم بالحالة فإن عليه أن لا يقحم نفسه ومشاعره الشخصية أو أحكامه الذاتية في المشكلة، ويبقى دائماً أميناً في أداء دوره. وعليه أن لا يكون صمته سلبياً بل متفاعلاً مع المريض؛ فهو يعرف جيداً قيمة الكلمات ومقدارها وآثارها ووقتها المناسب.

٢ - الأسئلة الهادفة: Purposeful Questions

إن السؤال الذي يخرج من منطلق محدد فإنه غالباً ما يطرق هدفاً محدداً؛ وتشير العالمة (غاريت) إلى أن توجيه الأسئلة لكي يكون هادفاً يجب أن يتضمن مضمونين:

أ - الحصول على معلومات وافية وبيانات دقيقة.

ب - توجيه المقابلة من اتجاه عقيم إلى آخر مفيد.

ولهذا فإنها ترى أن الأسئلة التي تجاب بكلمة (نعم أو لا) مختصرة لا تفي بالغرض ولا بد من أسئلة تتيح للمريض أو للآباء التعبير المفصل عن مشاعرهم وذلك عن طريق الأسئلة الإيحائية: Leading Questions وطريقته غير مباشرة ولا تتضمن إجابته (صح أو خطأ) وإنما يعتمد على

التعبير الحر. وهناك من العلماء من يميل إلى إعطاء الأسئلة الصفة الكمية المحضة كبديل للأسئلة الكيفية. وفي تقديرها أن لكل منها ضرورته ودوره ومكانه الخاص والمناسب له ولا غنى لنا عن نوع دون الآخر.

٣- إدراك الدوافع اللاشعورية:

إن الأخصائي الخبير يحاول دوماً أن يقرأ من تعبيرات المريض ووجهه، وكلماته، وأنماط سلوكه، وحركاته، وتصرفاته أنها كلها تعكس دوافعه اللاشعورية من الأعماق وقد تظهر على شكل (ميكانيزمات دفاعية) أو (تعبيرات رمزية): Defensive Mechanism or Symbolic Expressions فمعظم كلمات المريض هي رموز تعبيرية: Symbolic وبذلك يتمكن الأخصائي من سرعة فهم الحالة وربط صاحبها دوماً بإطار الواقع: The Reality كلما حاول الخروج من إطار الواقع.

وكما أن كل سلوك ينبع من دوافع شعورية ولا شعورية، فإن كل خبرة لها كذلك صفات موضوعية وأخرى ذاتية. وطالما أن هدف الأخصائي هو تقديم المساعدة الفعّالة للمريض أو للآباء فإنه ينبغي أن يعمل على استنتاج الحقائق الواقعية التي تبصره بحالة المريض أو اتجاهات الآباء نحو أنفسهم وأبنائهم مهما تكن نوعية المشكلات.

٤- كشف وملاحظة التناقضات الوجدانية:

يواجه الأخصائي أثناء المقابلة مع (المريض أو الأب) تناقضات وجدانية ذات دلالات باثولوجية- لا شعورية. فالمريض أو الأب يريد مساعدة جدية ولكنه (غير قادر) على طلبها بصراحة. والمريض يطلب

النصيحة والحل ولكنه (لا يتبعها) ولا ينفذها حين تعطى إليه. وهناك شكل ثالث للتناقض الوجداني ينعكس في أن المعلومات التي يعطيها المريض إلى الأخصائي سرعان ما يأتي (عكسها تماماً) في سلوك العميل؛ والأخصائي الإكلينيكي الخبير يضع في اعتباره منذ البدء في دراسة الحالة عشرات الاحتمالات لهذه التناقضات الوجدانية عند المرضى، والآباء وهي كلها تتحرك من دوافع وحاجات وأرضية لا شعورية تنعكس على شكل تناقض وجداني ومهمة الطبيب الوعي بهذه المؤشرات ودلالاتها ومساعدة أصحابها على حل هذا التناقض.

٥ - التقبل المبصر:

إن من الأسس المنهجية للمقابلة الناجحة؛ أن يتقبل الأخصائي حالة المريض أو العميل كما هي: As It Is .

ونعني بذلك تقبل الاتجاهات والعلل والانفعالات دون الموافقة العمياء عليها؛ فالاحترام للعميل لا يتنافى مع توضيح وجوه الخطأ في اتجاهاته بأسلوب تدريجي فيه الكثير من اللباقة ووضع الأمور في نصابها وأوقاتها المناسبة.

وقد لفت العالمان (ثورن، وأندريس: Thorne + Andrews) نظر الأخصائيين في الإرشاد النفسي إلى التقبل المبصر للعميل دون الاصطدام معه بأفكاره واتجاهاته المسبقة التي غالباً ما تتعارض مع اتجاهات الأخصائيين. ومما ذكره هذان العالمان:

« .. يلاحظ أن بعض الآباء يعامل طفله بطريقة تكون متناقضة مع

القيم التي يؤمن بها أخصائي الإرشاد النفسي. فقد يكون الأب من النوع الذي يميل إلى أن يوقع العقاب والأذى بالطفل، أو يتبع سياسة النبذ والإهمال، أو يتطلب منه أشياء أكبر من أن تتحملها طاقته، أو يقوم بفرض الحماية الزائدة على الطفل أو غير ذلك من الأساليب غير المرغوبة. وهنا نجد أن الأخصائي إذا قام بتوقيع اللوم والإدانة على هذه الاتجاهات الوالدية؛ فإنه سوف لا يكون قادراً على أن يقف موقف الشخص الذي يستطيع تقديم مساعدة مجدية فعّالة، لأن الآباء في هذه الحالة سوف يقفون موقف المدافع، أو يستجيبون للنقد بعداء مضاد، ولا شك أن مثل هذا الجو من شأنه أن يؤدي إلى عرقلة سير العملية الإرشادية »[١٤].

٦- الوئام والعلاقة الحميمة المسؤولة:

كثيراً ما نلاحظ بأن المريض أو العميل يتقدم إلى الطبيب أو الأخصائي النفساني دون إدراك لطبيعة علاقته به ولحدودها ومسؤولياتها. ويرمي بمشكلته على الأخصائي متوقعاً منه حلولاً سحرية وسريعة. ولا بد أن يوضح الأخصائي بما لديه من براعة ومهارة وخبرة في بناء العلاقة القائمة على التآلف والمودة بأن في المقابلة مسؤوليات مشتركة من الطرفين. فالعميل لا بد أن يؤدي دور التغيير في اتجاهاته وسلوكه، والتعاون مع الأخصائي؛ وكذلك فإن من واجب الأخصائي أداء مهمته. وقد أكد العالم (وول ١٩٥٨) أهمية (الوئام) في العلاقة الحميمة بين الأخصائي والمريض وأوضح أن الوئام هو نتاج علاقة مهنية ناجحة، ويقترح (وول) بأن أفضل طريقة لنمو تلك العلاقة هي أن ننفذ مباشرة إلى المشكلة. وبذلك يصبح الوئام باباً يضعنا وجهاً لوجه أمام المشكلة في صميمها. وهذا اتجاه يختلف عن كثير من الاتجاهات القديمة الكلاسيكية التي كثيراً ما تحوم حول المشكلة بضياع

الوقت في الشكليات الروتينية التي يرفضها (وول)[١٥].

وفي تقديرنا يبدو أن التعرف على الانفعالات والمشاعر والاتجاهات، وتكوين القدرة على الإحساس بوجودها ودرجتها وصفتها، هذه القدرة لا يمكن اكتسابها فقط من قراءة كتاب أو من الدراسة الأكاديمية، ولكنها تحتاج إلى تطبيق مستمر للمعرفة النظرية يوماً بعد يوم؛ ومن الاحتكاك والتفاعل مع الناس وبما لهم من مشكلات واقعية وذاتية تتكوّن تلك القدرة.

٧- تفسير البيانات والنتائج:

إن المقابلة بين الأخصائي والمريض أو العميل: الأب هي في حقيقتها سلسلة متصلة من تكوين الافتراضات واختبار صحة هذه الافتراضات. وتلعب خبرة الأخصائي بجانبيها النظري والمهني دوراً هاماً في عملية تفسير البيانات أو نتائج الاختبارات (إن وجدت). وحينا يتأكد الأخصائي من أن فروضه قد ثبتت صحتها أو يقوم بتعديل ما فيها من نقاط لم تكن تتفق مع ما كان يتوقعه فإنه في هذه الحالة يجب ألا يقدم أي تفسير عن الحالة إلى الأب إلا عند تأكده بأن تفسيره سيكون مجدياً في مساعدة الأب ومساعدة الطفل ولكن (ميكانيزمات الدفاع) عند الأب ومشاعر القلق عنده وعدم تقبُّله التفسير والتحليل الصريح يظل دوماً من أكبر العوائق أمام الأخصائي. وتنطبق نفس القاعدة في الصعوبة التي تواجه الأخصائي عند تفسيره للبيانات أو نتائج الاختبارات أمام المريض الذي يقاوم ويرفض تقبلها بدوافع: (ميكانيزمات دفاعه).

تسجيل وممهدات المقابلة:

ينصح العلماء أن ثمة (ممهدات تمهيدية) يستحسن أن يباشر بها الأخصائي بعد وعيه الكامل لشروط المقابلة وأهميتها وأنواعها واستراتيجياتها وأسسها المنهجية؛ وهذه الممهدات هي:

أ- شرح هدف وأغراض المقابلة للعميل أو المريض بوضوح وتحديد.

ب- وصف الطريقة التي وصل بها العميل إلى المقابلة سواءً كانت تحويلاً من مؤسسات أخرى أو شخصية.

جـ- تعريف الشخص أو الأشخاص المشتركين في المقابلة ببعض الإرشادات المرتبطة واللازمة لنجاح المقابلة.

د- تأكيد (السرية التامة) للبيانات التي تجمع عن طريق المقابلة وتطمين العميل لضمان أعلى قدر من استجابته وخفض توتره: Tension Reduction والحصول على تعاونه وتجاوبه.

وقد اختلف العلماء حول (طرق تسجيل المقابلة) فكل اتخذ الطريقة المتناسبة مع مستوى المريض أو العميل والمتناسبة مع نوع المقابلة، وغرضها وأهدافها. ويمكننا استعراض خمس طرق لتسجيل المقابلة:

١) الكتابة من الذاكرة بعد الانتهاء من المقابلة.

٢) تقدير استجابات العميل على (مقياس للتقدير) سبق إعداده والتدرب على استخدامه من جانب القائم بالمقابلة، والعميل.

٣) وجود نظام سابق للتصنيف والترميز يمكن استخدامه؛ كأن يرسم علامة أمام الرمز المناسب في مربع أو في مسافة تترك لهذا الغرض.

٤) التسجيل الحرفي لكل ما يقوله العميل أثناء المقابلة.

٥) استخدام أجهزة التسجيل الصوتي بعد موافقة العميل أو بغير علمه.

ورغم أن لكل طريقة عيوبها ومزاياها فإن غايتها رفع درجة الصدق والثبات لبيانات المقابلة. وفي تقديرنا أن لكل حالة موقفها الخاص وطريقتها الفضلى وهنا تبرز مهارة الأخصائي في استخدام الأداة الملائمة، في المكان اللائق، وفي الوقت المناسب وفي الحالة الخاصة.

أهمية (التفاعل) بين الأخصائي والمريض في المقابلة التشخيصية:

The Interaction of the Interview

اتفق العلماء على أن المقابلة التشخيصية هي (موقف ذو مغزى): Interviewing Situation of Significance ففي هذا (الموقف) يحاول الأخصائي أن يعلم ويتعلم الكثير عن المريض وخاصة ما كان له ارتباط واضح أو محتمل بالحالة التي يشكو منها المريض. ويتضمن الموقف ملاحظة الأخصائي لسلوك المريض بمنظار دقيق ومحاولة تفسير هذا السلوك على شكل افتراضات. وعلى الأخصائي ملاحظة (مخاوف المريض وانشغالاته الانفعالية): Fears and Emotional Involvements فهي من عوائق المقابلة المتفاعلة حتى تصرف نظر العميل عن الإجابة على أسئلة الأخصائي. وقد يخطىء العميل المبتدىء في فهمه لدوره The Patient Role ويتوقع من الأخصائي كل شيء مهملاً مسؤولية الاستقلال بنفسه عن الغير.

وقد ينحرف الأخصائي عن دوره فيفكر بنفسه بشكل مركز ويهمل

التفكير بالمريض الذي هو محور المقابلة. وقد كشفت دراسات قام بها العالمان (بولانسكي وكونين: Polansky and Kounin) عن انطباعات العملاء والمرضى حول سلوك الأخصائيين وتقييم جهودهم[١٦].

وقد ذكر (راجرز Rogers) بأن التفاعل والعلاقة مع المريض يجب أن تعتمد على الاهتمام به والاستجابة له، والتسامح بما يظهره من مشاعر، وعدم إصدار أي حكم أخلاقي على سلوكه. وعدم الضغط عليه[١٧].

وتأخذ المقابلة في البداية طابعاً رسمياً Formal حتى تتسم بطابع من الجدية والدقة. ويعتبر الموقف المتصف بالانفعال والاهتمام العميق بالمريض هو الموقف النموذجي للأخصائي Deeply Interested Detachment وقد حذر العالم (شافر Schafer) في أحد أبحاثه من أن يتحول الأخصائي إلى قديس ذي سلطة كبيرة على المريض تحت ضغط ميوله ودوافعه اللاشعورية مما يفسد المقابلة ويضر بنتائجها. فالاعتدال في سلوك الأخصائي باستمرار هو من أفضل النماذج المطلوبة.

وهكذا يبدو أن التفاعل: The Interaction بين الأخصائي والعميل يولد علاقة ذات طرفين وهي لازمة وضرورية في مقابلات التشخيص والعلاج على حد سواء.

ويمكننا تلخيص (وجهات النظر) حول هذا (التفاعل) بين الأخصائي والمريض بوجهات أربع:

١) نظرة التعلم المتبادل: يفسر بعض العلماء التفاعل بأنه في جوهره عملية (تعلم متبادلة Interactive Learning) ففي المقابلة يحدث تغير تدريجي في سلوك المريض والأخصائي معاً. ويؤكد الدكتور محمد عماد الدين

اسماعيل العالم النفساني السلوكي بأن المقابلة التشخيصية ليس هدفها تعديلاً تامًّا لسلوك المريض ولكن الأخصائي الناجح لا بد أن يغير سلوكه بنفس المقدار الذي يتوقع من المريض تغييراً في سلوكه. وهكذا يكون (التفاعل) عملية تعلم ذات طرفين.

٢) النظرة التواصلية - العلائقية: ويذهب فريق آخر من العلماء إلى تفسير العلاقة، والتفاعل بين الأخصائي والعميل في أنها عملية تواصل: Communicative Process وتلعب اللغة دوراً رئيسياً كوسيلة للاتصال ولنقل المشاعر والأفكار بجانب غيرها من وسائل الاتصال الشفوية والكتابية والصامتة؛ والمقنّنة والإسقاطية وغيرها. ومن المهم ملاحظة أثر وسائل الاتصال بين طرفي المقابلة وهو ما نطلق عليه استرجاع المعلومات أو الاجترار المعرفي: Feedback وتعني في علم النفس الاجتماعي ملاحظة أثر سلوك فرد في فرد آخر، فالأخصائي يتأثر باتجاهات المريض وتتكون لديه (استجابات راجعة) وكذلك يتأثر المريض بالأخصائي وتتكون لديه (استجابات راجعة) وبينهما تتم خطوات الاتصال وخطوطه. وقد يكون الاتصال بوسيلته لغوياً، وقد يكون غير لفظي - غير لغوي: Nonverbal وقد كشفت دراسات العالم (بيتيسون ١٩٥٦ Bateson) عن أن من أبرز الأسباب التي تكمن وراء الأمراض العقلية وجود خلل في (شبكة الاتصالات)؛ حتى بين أفراد الأسرة الواحدة: Communication Problem وشدّد على أن تكون المقابلة وجهاً لوجه واقترح على الأخصائيين النفسانيين الاهتمام الزائد بالمريض أو العميل من خلال إشاراته وعلاماته ومن خلال الأصوات والأشياء والملموسات والمشمومات لما لها من قيمة في عمليات الاتصال بين الأفراد[١٨].

٣) نظرة الأخذ والعطاء:

وهناك فريق ثالث من العلماء يرى أن (التفاعل) بين الأخصائي والمريض أو العميل؛ هو عملية تبادلية فيها أخذ وعطاء Transaction يسودها محادثة وجدانية، فالأخصائي يقدم العلم والخبرة والمهارة الفنية؛ أما العميل فيقدم تجاربه وخبراته الشخصية وأوجاعه. ويفضل البعض تسمية هذه الصفقة من الحديث الودي نوعاً من المفاوضة: Negotiation تتم بين طرفين للوصول إلى هدف مشترك.

٤) نظرة التطور النائي التتابعي:

يرى فريق رابع من العلماء أن (التفاعل) بين طرفي المقابلة هو عملية تطورية تتابعية نموية Developmental Sequence فكل (جلسة: Session) من الجلسات في مقابلات التشخيص أو العلاج هي (مرحلة Stage) في سلسلة متتابعة ومترابطة الحلقات. ولا يمكن نضوج الحالة وفهمها ما لم تتكامل حلقاتها المتتابعة ويصبح لدى الأخصائي مفهوم شامل عنها من خلال (التفاعل) مع العميل.

تخطيط المقابلة وتحديد ملاحظاتها وفروضها:

إن فكرة تشكيل أو بناء المقابلة: Structuring, Planning, or Organizing the Interview.

تعتبر القاعدة الأساسية في بدء التشخيص للحالة. ويختلف العلماء والأخصائيون في (تشكيل أولويات المقابلة) ومع الاختلاف في سرد

الأولويات فإن ثمة شبه اتفاق حول ما يأتي:

أ- تحديد مكان وزمان وتاريخ المقابلة.

ب- تحديد أهداف وأغراض المقابلة.

جـ- تحديد الأسئلة ونوعيتها وضمان السريّة للإجابات.

د- ضمان الجو المريح والحر والخاص لجلسة العميل Privacy.

هـ- ملاحظة السلوك وردود الأفعال والدفاعات والاستعداد المسبق للتغلب عليها ورسم استراتيجيات احتوائها.

و- الملاحظة المركزة على مظاهر السلوك من اكتئاب، وتعرق، وقضم للأظافر، وإهمال للمظهر، وشرود ذهني عند الحديث، وعلامات اليأس أو العناد، والتحدّي.

ز- مرونة الأخصائي في اعتبار (الفروض) التي يضعها عن الحالة متتاليةً وعرضةً للخطأ والتعديل والتصويب والتحقيق والتغيير حتى يصل بذلك إلى صورة متكاملة شمولية للمقابلة النموذجية التي تتضمن في أبعادها ثلاثة أبعاد:

(١) دراسة الحالة: Case Study

(٢) القياس والاختبارات: Testing and Measurement

(٣) التجريب: Experiment

مبادىء المقابلة

تحدث علماء كثيرون حول (المبادىء الأساسية للمقابلة) ومن أبرز هؤلاء العلماء:

(هادلي ١٩٥٨، وروثليسبرغر وديكسون، وبراون ١٩٦٨):

مبادىء المقابلة عند هادلي: Hadley, J.M :

١ - **وضع الأساس السليم للمقابلة:** ويتم بالاحترام المتبادل وعدم التعالي - ومحاولة فهم المريض وتقبله، والاستعداد للمشاركة في حل مشكلاته.

٢ - **البدء السليم للمقابلة:** ويتمّ بتوضيح غرض المقابلة للعميل وإشعاره بالمسؤولية المشتركة.

٣ - **وضع الأسئلة بصورة واضحة:** ويجب أن لا تكون الاسئلة غامضة أو يكون بها أي نوع من أنواع الانحياز أو الإيحاء.

٤ - **ترتيب الأسئلة طبقاً لمستوى قلق المريض:** ويبدأ الأخصائي بتشجيع المريض بأسئلة تدريجية مرتبة ليضمن التعاون من العميل.

٥ - **السرعة المعقولة المناسبة أثناء المقابلة:** يستحسن أثناء المقابلة عدم الإسراع وعدم البطء؛ وأن يثير الأخصائي أسئلة جديدة بمجرد انتهائه من الأسئلة الأولى.

٦ - **تسجيل المقابلة بأسرع وقت ممكن:** يعتبر تسجيل المقابلة ضرورياً سواء كان أثناء الحديث أو بعده، وسواء كان على الورق أو باستخدام

التسجيل الصوتي بموافقة المريض، ومن الأخصائيين من يفضل فقط كتابة نقاط أساسية.

٧- **الصراحة المباشرة في الأسئلة الحساسة:** إن السؤال الصريح والواضح يضع العميل أمام ضرورة ماسة للإجابة عليه، ومثاله السؤال عن الرغبات اللاشعورية المكبوتة أو الخبرات الجنسية المسبقة.

٨- **معالجة فترات السكوت بلباقة:** اقترح بعض العلماء ترك العميل للتفكير لعل ذلك يزيد من استبصاره لمشكلته والبعض اعترض على ذلك واقترح إثارة العميل بحوافز واستثارات ليخرج عن فترة الصمت.

٩- **محاولات كشف ما وراء الإجابة السطحية:** ويتم ذلك بإعادة السؤال وتشجيع العميل على الإجابة الدقيقة ذات المدلول.

١٠- **ملاحظة التناقضات في إجابات المريض:** ويستحسن عدم تكذيب المريض بعنف وشدة وإنما احتواء تناقضه وتصحيحه بلباقة.

١١- **مواجهة الانفعالات العنيفة بطريقة هادئة:** يواجه الأخصائي حالات غير اعتيادية من الصراخ العنيف والبكاء ويستحسن احتواؤها بهدوء وصبر وضبط وتسامح لأنها تعتبر بمثابة التنفيس **Outlet** لانفعالات المريض ومشاعره.

١٢- **مراعاة الوقت المحدد وتشجيع التعبير الشعوري:** إن من واجبات الأخصائي الموازنة بين تشجيع المريض على كشف شعوره بالتعبير وبين الوقت المحدد للمقابلة.

١٣- **إجابة الأخصائي للأسئلة الطارئة:** يتساءل المريض أثناء

المقابلة - أسئلة عارضة - ويستحسن أن يجيب الأخصائي عليها بشكل تلقائي قريب من العفوية التي يطرح بها المريض تساؤلاته.

مبادىء المقابلة عند روثليسبرغر، وديكسون:

Roethlisberger + Dickson

ويمكننا حصر هذه المبادىء بالنقاط التالية:

١) اهتمام الأخصائي بمضمون ومحتوى المقابلة وليس فقط بالشكل.

٢) عدم النظر للبيانات على أنها (خطأ أو صواب) وعدم التسرع في الحكم منذ البداية.

٣) عدم النظر إلى كافة المعلومات من الزاوية النفسية فقط.

٤) يجب على الأخصائي الإصغاء إلى ما يقال من المريض وإلى (ما لا يقال) منه The Unspoken Words.

والاستعانة بالحاسة الوجدانية السادسة وقدرة الاستبصار.

٥) ينبغي على الأخصائي معالجة السياقات العقلية وما تكشفه من دلالات شخصية.

٦) أن يدرك الأخصائي أن المقابلة هي (موقف اجتماعي) ويتقرر حديث المقابلة طبقاً لنوعية العلاقة بين طرفيها؛ والمهم أن لا يسمح الأخصائي أن تؤثر على عواطفه عواطف العميل.

مبادىء المقابلة عند براون: **Brown**

يحدد العالم (براون Brown) نظرته لمبادىء المقابلة في نقاط أربع:

١) الدفء الشعوري والاهتمام والصداقة والفهم المتبادل يجب أن تسود فوق (السلطة) في المقابلة.

٢) التمسك بفن الإصغاء دون صمت سلبي؛ وعدم إقحام العميل بآراء ونظريات شخصية.

٣) دقة الملاحظة والسلوك والإشارات أثناء المقابلة؛ وتفسير الكلمات بدقة بعد مراجعتها.

٤) أن يكون لدى الأخصائي مقدرة الاستبصار بدوافعه وقدراته وسلوكه ويتحكم بها بصفة موضوعية ويضعها في خدمة الشخص المناسب وفي المكان المناسب، والوقت المناسب.

مضمون ومحتوى المقابلة التشخيصية

إن من الضروري أن نؤكد بأن محتوى المقابلة يختلف من حالة لأخرى طبقاً لطبيعتها ودرجة شدتها ونوعيتها. ومع ذلك فهناك محتويات مشتركة بين مختلف الحالات؛ والأخصائي المحترف سيجد في محتويات المقابلة (مؤشرات تشخيصية): Diagnostic Signs تساعده على أن يسبرغور الحالة ويكتشف جذورها؛ ويمكننا تحديد هذه المصادر المشتركة في مضمون المقابلة بما يأتي:

١ - صياغة المشكلة بحرية العميل: كشفت الخبرات الإكلينيكية أن إعطاء الحرية والفرصة في البداية للعميل ليصوغ مشكلته دون أن يقاطعه الأخصائي بالحديث؛ تعتبر من وسائل التنفيس وخفض التوتر والقلق عند العميل. ويتدخل الأخصائي بتصحيح أسلوب الصياغة حين يخرج العميل بعيداً عن الواقع.

٢ - الحديث العلائقي بين المريض والأخصائي: إن الحديث بين الأخصائي والعميل علاقة ذات طرفين وديناميات التفاعل بينهما أثناء المقابلة تزود الأخصائي بمعلومات ذات طابعين:

أ- الحقائق The Facts المرتبطة بالحالة.

ب- دفاعات المريض: The Defensives.

ويعتبر الباحث (روبرت مارتن ١٩٥١ R. Martin) واحداً من أشهر العلماء الذين قاموا بتصنيف إجابات المرضى الفصاميين والعصابيين في إطار المقابلة والحديث بين الأخصائي والعميل؛ ويمكننا حصر هذه الإجابات بالنقاط التالية كدليل لأهمية التعبير اللفظي وتبادل الحديث بين طرفي المقابلة:

أ- إجابات تدل على إدراك المرضى لمركزهم الاجتماعي أو تقبلهم أو عدم تقبلهم الاجتماعي.

ب- إجابات تدل على الشعور بالعجز (لا أعرف)، وكانت إجابة الذهانيين تدل على عدم القدرة على التعبير أو الاعتماد على الذات.

جـ- إجابات تعكس تقييم الشخص السلبي لنفسه وذاته.

د- إجابات تعكس حساسية المريض المفرطة نحو نظرة الآخرين له وجرحهم لشعوره؛ وبلوغ إجابة العصابيين في هذه الناحية إلى اثني عشر ضعف إجابة الذهانيين.

هـ- إجابات تعكس عجزاً في القدرة على الحكم على نفسه أو إدراك نفسه، وخنوع في الاعتماد على الغير.

و- إجابات تعكس أن المريض يشعر بنفسه أنه عادي رغم أن حالته قريبة من حالة الذهانيين.

ز- إجابات تشير لاستخدام المرضى أعراضهم المرضية كأعذار مرضية لصعوبات تواجههم في قيامهم بأدوار اجتماعية أو اقتصادية معينة.

وهكذا فإن استنتاجات (روبرت مارتن) أوضحت أهمية الحديث العلائقي بين طرفي المقابلة كمضمون يحتوي على (مؤشرات): Signs.

٣- اهتمامات المريض وميوله: إن أسئلة الأخصائي يمكن أن تتركز حول ميول واهتمامات معينة يرتاح لها العميل، وعن الأفراد الذين يشاركونه هذه الميول والاهتمامات Concerns كالموسيقى، والتمثيل، والغناء، والرياضة، والنشاط الاجتماعي، والنشاط الثقافي، وأنواع اللعب وغيرها.

٤- طموحات المريض ونظرته المستقبلية: من محتويات المقابلة أسئلة ترتبط بالكشف عن النظرة المستقبلية عند المريض Future Image وآماله في الدراسة، أو العمل، أو الزواج، وهل يتوقع السعادة أم الفشل؟ وما هو مدى اليأس والإحباط لديه.

٥- دوافع المريض وحوافزه: يهتم الأخصائي أثناء المقابلة بتحليل حوافز المريض ودوافعه ومداها، وهل توجد لديه دوافع شديدة غير

متكافئة مع إمكانياته أم العكس؟ هل حوافز المريض الثروة أم العلم، النساء أم المناصب العالية؟ الأمن أو الهروب من الواقع؟

٦ - **مدى استبصار المريض بإحباطاته**: يهتم الأخصائي بقياس مدى استبصار المريض وإدراكه لعوائقه ومشكلاته. وعلى ضوء ذلك يعرف الأخصائي (المدى) الذي يحتاجه المريض من المساعدة والعلاج. وعلى قدر إدراك المريض لحالته فإن عبء المسؤولية يصبح على كتف العميل أكثر مما هو على كتف الأخصائي كما هو متبع عرفاً وتقليداً.

٧ - **رصد الخبرات الاكتئابية واستجاباتها**: يتولى الأخصائي المحترف Professional Specialist أثناء المقابلة؛ عملية الراصد لخبرات المريض المسببة لاكتئابه وكيفية استجابته لها؛ ما هي مسببات تماسته وفشله؟ وكيف يواجهها؟

٨ - **رصد المزاج - الزئبقي عند المريض**: يهتم الأخصائي المدرب أثناء المقابلة بمراقبة الحالة المزاجية لدى المريض ومدى السرعة في تغيراتها الزئبقية، هل ينفعل المريض لأتفه الأسباب؟ ما هو مقدار الصبر والتحمل لديه؟ هل لديه ثبات انفعالي؟ هل يتألم بسرعة؟ هل يشعر بالسعادة؟ وإلى متى؟ وإلى أي حد؟

٩ - **ملاحظة القلق والهم عند المريض**: إن من مضمون المقابلة أن يركز الأخصائي اهتمامه حول ملاحظة قلق المريض وهمومه ومصادرها؛ وما الذي يثيرها؟ وهل هي مزمنة أم طارئة؟ وقد تتناول أسئلة الأخصائي الفرص الاجتماعية وتقدير الشخص، والموت، والحب، والصداقة، والأسرة والزواج، والأبناء، والجنسية الغيرية، والجنسية المثلية، والفلسفة، والحوادث والفشل، والاستمناء، والمسؤولية، والدين[٢٠].

١٠ - الكشف عن المخاوف الظاهرة والمستترة: يعكس المريض عموماً سلوكاً ظاهرياً تكمن تحته عشرات المخاوف (الفوبيات) Phobias فهناك من يخاف من الظلام والأشباح، ومن يخاف من نفسه أو من الناس. والبعض يخاف من الأماكن المغلقة Claustro-Phobia أو الخوف من الأماكن المرتفعة: Acro-Phobia أو من الماء والغرق Hydro-Phobia أو الأماكن المتسعة Agora-Phobia.

١١ - مصادر الصراع: ويحاول الأخصائي أن يكتشف مصادر الصراع (عائلية - دينية - أخلاقية - مهنية - ذاتية - اجتماعية) والمهم للأخصائي حصر هذه الصراعات وإدراك مجالاتها وقوتها وترتيبها على درجات.

١٢ - مصادر الغضب والعداوة: إن لكل عميل طريقة خاصة في التعبير عن عداوته وغضبه، واتجاهاً معيناً نحو والديه، وعمله، والسلطة القائمة من حوله، والأشياء التي تستثير غضبه وعدوانه، ومقداراً معيناً لضبطه لنفسه؛ وعلى الأخصائي أن يتعرف إلى هذه الجوانب.

١٣ - ما يكرهه المريض وما يحبه: يميل المريض عادة إلى نوعيات خاصة محببة لديه من (الأشخاص، والمواقف، الملابس، الأطعمة، الأشربة، الألوان، المواضيع، الميول) فمناقشة هذه الموضوعات تسبب لدى المريض ارتياحاً وتهدئة لانفعالاته واستثارة لاهتماماته.

١٤ - المعتقدات الدينية: تلعب هذه المعتقدات عموماً دوراً سلبياً لدى بعض الأفراد؛ وإيجابياً لدى بعضهم الآخرين؛ ومن الأخصائيين من يفضل الابتعاد نهائياً عنها. وهناك من يجد فيها مجالاً جيداً لمساعدة المريض وفهم تفكيره ومشكلاته.

١٥ - **مشاعر الذنب والإثم: Guilt Feelings** وهي بمثابة المنشار الذي يقص شجرة التوافق لدى المريض ويضعه في حالة عذاب داخلي وجداني يجد فيه نفسه دوماً بين نارين. فهو يدين نفسه دوماً بالعقاب. ومن واجبات الأخصائي أن يدرك إلى أي حد يعاني المريض من مشاعر الذنب؟ وهل تشكل مشاعر الإثم والخطيئة في نفسه عائقاً عن التحرك إلى بداية إيجابية؟ أم أن بإمكان المريض التغلب على هذا الشعور؟

١٦ - **حالات العجز عن التعبير اللفظي**: إن عدم مقدرة المريض على التعبير اللفظي عن أفكاره الشعورية واللاشعورية يعتبر في حد ذاته دلالة تشخيصية، ويمكن للأخصائي باستثارات خاصة أن يسأل المريض، ما الذي يمنعك من القيام بالأعمال السيئة؟ وما هو نوع السيطرة والضبط الذي تمارسه على نفسك؟

١٧ - **الأفعال القهرية والأفكار المتسلطة**: من خلال الأسئلة يتمكن الأخصائي المدرب من اكتشاف أفعال قهرية - جبرية يضطر المريض أن يقوم بها كالتأكد عدة مرات من إغلاق باب المسكن، أو عد قضبان الحديد في أسوار الحديقة. وقد يشير المريض هنا لنزعات تدميرية وخرافات وأفعال قسرية جنسية.

١٨ - **الأحلام**: رغم اختلاف العلماء والأخصائيين في تفسير وأهمية الأحلام كمضمون في المقابلة التشخيصية فالتركيز ينصرف على:

أ- موضوع الأحلام ومضمونها.

ب- تكرار حدوثها وفتراتها وتكرار الحلم الواحد.

جـ- نسيان الأحلام، والكوابيس، ووضوح الحلم وخصائصه.

١٩ - عادات النوم: ترتبط عادات النوم بالأحلام ويسأل الأخصائي (هل تنام بسهولة؟ هل تنام بوقت محدد؟ ما هي ساعات النوم اليومية وعددها؟ هل تستيقظ أثناء النوم؟ أين مكان نومك؟ هل ينام أحد بجوارك أم بمفردك؟ هل تمشي أثناء النوم؟ هل تأرق أثناء الليل؟)

٢٠ - أحلام اليقظة والتخيلات: إن وجود التخيلات وأحلام اليقظة هو من الدلائل على وجود محاولات تعويضية للتغلب على الصراعات والإحباطات التي يعاني منها المريض. ويمكن للأخصائي أن يسأل المريض؛ ماذا تفكر به حين تكون منفرداً؟ ما هي أحلام اليقظة التي تعاودك؟

٢١ - الهلوسات: وهي سماع أصوات أو رؤية أشياء غير موجودة. وبالرغم من إنكار معظم المرضى لها فهم أثناء المقابلة سرعان ما يلتفتون وراءهم بذعر وخوف، أو يجيبون على سؤال غير ما وجه إليهم، ويمكن للأخصائي أن يسأل المريض:

هل تسمع أحياناً أصواتاً دون أن تعرف مصدرها؟ هل ترى أشياء لا يراها غيرك؟ هل أصحاب هذه الأصوات أحياء أم أموات؟؟.

٢٢ - الهذاآت: (البارانويا): كثيراً ما يمتلىء تفكير المريض بتصورات هذائية؛ ويتمكن الأخصائي من اكتشافها بسؤال المريض: هل تشعر أن الناس يتحدثون عنك؟ من هم أعداؤك؟ لماذا يعادونك؟ وأبرز أنواع الهذاآت شعور المريض بالظلم والاضطهاد له من الآخرين. وكلها تعكس تناقضاً وشذوذاً وغرابة في السلوك وعدم اتساق Inconsistency .

٢٣ - إدعاء المرض والوسوسات الصحية: يسرف بعض المرضى أثناء المقابلة بسرد الأمراض التي ولّدت لديه وسوسات صحية. ويمكن للأخصائي

الكشف عن هذه الادعاآت والوساوس بسؤال المريض:

هل تعتقد أن لديك مرضاً خفياً؟ هل تعاني من أمراض معينة؟ ويجب أن يقارن الأخصائي بين إجابات المريض والتقارير الصحية الثابتة.

٢٤- **التكيف الجنسي (المثلي والغيري)**: يرى معظم العلماء بأن التكيف الجنسي من أهم مجالات المرض النفسي والعقلي، وهو يتناول أفكار المريض واتجاهاته وخبراته الماضية وسلوكه الفعلي؛ والعادات الجنسية، والزواج والعلاقات مع الجنس الآخر ومع نفس الجنس ويمكن أن يصوغ الأخصائي أسئلة مناسبة للكشف عن هذه الجوانب في حياة المريض.

تقييم المقابلة التشخيصية:

استنتج العالمان (كاتل وكان ١٩٤٣) في دراساتها بأنه لا تتوفر حتى الآن نظرية متكاملة في العلوم الاجتماعية يمكن أن يستند إليها القائم بالمقابلة في معالجة الكثير من المتغيرات المعقدة التي تميز العلاقات بين طرفي المقابلة.

وصحيح أن (سيكولوجية المقابلة) قد استفادت كثيراً من البحوث التي أجريت في ميداني (أساليب الاتصال والتأثير) و(المقابلة الإكلينيكية) إلا أن استمرار البحوث الجارية في استكمال الأساس النظري والبحوث المدانية لفهم عملية المقابلة ورفع ثباتها وصدقها سيجعلنا أكثر وثوقاً من الاعتماد عليها كأداة نافعة للبحث والتشخيص.

وطبيعي أن تختلف درجة (الاستعداد والاستجابة) للمقابلة طبقاً لدرجة التوعية والحضارة والثقافة في مجتمع معين. وقد وجد العالم (ساربين

١٩٥٤) في إحدى دراساته أن الاستجابة تقوى من العميل أثناء المقابلة حين يمثل الأخصائي مؤسسة أو سلطة لها مكانتها ونفوذها. وتهبط الاستجابة من العميل أثناء المقابلة حين يفهم أن الأخصائي يجري مسحاً اجتماعياً أو يقوم ببحث استعلامي، وهنا يتهرب العميل من الأسئلة. وأكدت بحوث (ماكوبي وماكوبي ١٩٥٤) أن الناس عموماً يستجيبون لأشخاص يحتلون مستويات اجتماعية أعلى من مستوياتهم.

وتفيدنا هذه البحوث وغيرها كثير، في أن من واجب الأخصائي الماهر أثناء المقابلة أن يستثمر كافة الجوانب الإيجابية من الدوافع لاستثارة العميل والحصول على استجاباته من خلال تبصيره بأن المقابلة ستتولى الاهتمام باحتياجات العميل.

والأخصائي الذي يؤكد للعميل ضمانات مصلحته يرفع مستوى الاستجابة بدافع المصلحة النفعية عند العميل. ومما يرفع مستوى الاستجابة تهيئة المكان، واختيار الوقت المناسب، وإعداد الظروف الملائمة. ويعتبر تأكيد (سرية البيانات) من أقوى عوامل التجاوب بين طرفي المقابلة.

وقد اختلف علماء التقييم في تقدير قيمة المقابلة (ثباتاً وصدقاً) من فئة لأخرى؛ فهناك من قام بتقييمها وتطرف في ذلك. وهناك من قام بنقد قيمتها على أنها غير صالحة كأداة موثوقة للتشخيص.

وقد استفاد علماء النفس الإكلينيكي من النقد الموجه ضد المقابلة ومن عيوبها التي سبقت الإشارة إليها في الصفحات الماضية؛ فوضعوا لها (ضوابط) أدت لارتفاع ثباتها وصدقها كما سنفصل ذلك بعد قليل.

ثبات المقابلة:

لقد أدركنا مما سبق أن المقابلة تلعب دوراً تنفيسياً لمشاعر المريض وإحباطاته؛ وهي أداة لجمع البيانات وتقييم الحالة وجمع المعلومات. والمقصود بثبات المقابلة هو (مدى الاتفاق) بين عدة أخصائيين نفسانيين بمقاربة أحكامهم المختلفة في مقابلة نفس الأشخاص؛ وهذا ما يطلق عليه (الثبات بين المقدرين). ومن خلال دراسة حالات عديدة استنتج العلماء ما يأتي:

أ- أوضح العالم (آش Ash ١٩٤٩) أن تشخيص الحالات بين الأطباء النفسيين، والأخصائيين الإكلينيكيين أظهر اتفاقاً ضئيلاً واختلافاً يصل إلى ٥٠٪ من عدد الحالات.

ب- أكد (نيومان، بوبيت، كاميرون ١٩٤٦): Newman, Bobbitt, and Cameron, 1946 بأن تشخيص الحالات بين الأخصائيين النفسانيين ارتفع إلى ٨٠٪ حين يكون تدريب الأخصائيين جيداً واتفاقهم على تصنيف واحد قائماً.

جـ- أوضح (ڤرنون: Vernon ١٩٥٣) من خلال دراسة مسحية ترتبط «بالمقابلة» بأن نسبة ثبات المقابلة تتراوح بين (٥٠ - ٦٠٪).

د- استنتج (وديل، وسميث Wedell + Smith, 1951) أن القائمين بالمقابلة المدربين كانوا أقل اتفاقاً من الأقل تدريباً.

هـ- وجد (كيلي، وفيسك Kelly + Fiske) أن الأخصائيين الإكلينيكيين المدربين كانوا أكثر تبايناً من غير المدربين.

و- وجد العالم (رايس Rice ١٩٢٩) أن ميول الأخصائي وانحيازه الفكري قد تؤثر على ثبات المقابلة وانحرافها. فقد ظهر أن أحد الأخصائيين المتحمسين لتحريم الخمور ذكر أن ٦٢٪ من الذين أجرى عليهم المقابلة كان سبب فقرهم هو إدمان الخمور، وكان ذلك مقابل أخصائي آخر ذي ميول (اشتراكية) ذكر أن ٢٢٪ ممن قابلهم سبب فقرهم هو ادمان الخمور وأن ٣٩٪ منهم كانت ظروفهم الاقتصادية هي السبب في ذلك. وسمي هذا التأثير: Contagious Bias (الانحياز المعدي)؛ وقد وجد العالمان (وايت وكامبل Wyatt + Campell ١٩٥٠) في دراستهما عكس ما وصل إليه العالم (رايس).

ز- وجد (ساسلو ومترازو وجوزيه: Saslow, Mattrezzo + Guze, 1955)ثباتاً مقبولاً بين ثلاثة اخصائيين في المقابلة التي قاموا بإجرائها على (٢٠) مريضاً كل على انفراد.

ح- استنتج (هنت وويتسون: Hunt + Wittson ١٩٥٣) أن وضوح الهدف بالمقابلة يصل بثباتها إلى ٩٣,٧٪ في حالة التشخيص الطبي النفسي القائم على المقابلة والوسائل الأخرى؛ وتهبط هذه النسبة إلى ٥٤,١٪ في حالات الذهان والعصاب، أما في حالات الفصام والقلق والهستريا فيهبط ثبات المقابلة إلى ٣٢,٦٪.

ويمكن تحديد مصادر التحيز والخطأ في المقابلة لما يأتي:

١) مظهر وأسلوب القائم بالمقابلة واتجاهاته وتوقعاته:

إن نتائج البحوث في هذا المضار ليست قاطعة، إلا أنه يبدو أن مظهر العميل وأسلوبه كلهجة كلامه، وطبقته الاقتصادية - الاجتماعية؛ وملبسه

وجنسيته ولونه وجنسه قد تكون من عوامل التحيز في المقابلة. وقد اهتم العلماء وعلى رأسهم (هيمان ١٩٥٥) وزملاؤه في ميدان قياس الرأي العام بدراسة تأثير اتجاهات القائم بالمقابلة على الاستجابات التي يحصل عليها.

٢) توجيه الأسئلة:

سبق أن أشرنا إلى احتمال التحيز في توجيه الأسئلة سواء كانت أسئلة مقيدة أو مفتوحة. ويزداد التحيز خطورة في الأسئلة المفتوحة؛ وفي المقابلات غير المقننة على وجه الخصوص. وتشير بحوث (هيمان) وزملائه (١٩٥٥) إلى احتمال وجود اختلافات بين القائمين بالمقابلة من حيث مقدار البيانات التي يحصلون عليها نتيجة الاختلاف في مقدار ونوعية الأسئلة التي يوجهونها بقصد الاستيضاح أو التعمق؛ وذلك من مرضى أو عملاء يكونون عينات يفترض (توهماً) أنها متكافئة.

٣) الاختلاف في التسجيل:

أشرنا في الصفحات الماضية إلى طرق متعددة ومشكلات في تسجيل محتويات المقابلة وتشير البحوث في هذا الميدان إلى أن الاختلاف بين القائمين بالمقابلة في (طريقة تسجيل مادتها) يشكل عاملاً خطيراً من عوامل التحيز أو الخطأ فيها.

٤) اختيار وتدريب القائم بالمقابلة:

يعتبر هذا العامل عاملاً مؤثراً على ثبات المقابلة أو تحيزها وخطئها.

والدراسات في هذا المجال قليلة. وقد أوضح (شيتسلي ١٩٥١) أنه من الصعب التنبؤ عن كفاءة القائم بالمقابلة من البيانات المميزة له مثل السن، والجنس، والمستوى التعليمي والاجتماعي - الاقتصادي والاتجاهات.. ومعظم ما يتوفر لدينا اليوم من معلومات عن خصائص القائم بالمقابلة الناجح هو نتيجة الخبرة وليس نتيجة البحث. وعند تدريب القائم بالمقابلة يجب التركيز على ثلاثة جوانب:-

أ- توضيح أهداف المقابلة وخصائصها الجيدة كالدور والفروض والأدوات والخطة والعينة والتحليل وتفسير النتائج.

ب- استثارة الدافع عند الأخصائي لرفع مستوى أدائه.

جـ- التدريب - بالممارسة - على مهارات وأسس المقابلة واستخدام (تمثيل الأدوار): Role Playing والمناقشة كممارسات إجرائية في التدريب.

صدق المقابلة:

تبرهن المقابلة على صدقها حين تكون بإشراف أخصائيين ماهرين وقد وجد (باربر ورجبي ونابولي ١٩٥٢ Barber, Rigby + Napoli) أن المقابلة أداة صادقة عند استخدامهم مستويات الصحة النفسية كمؤشر للتنبؤ في دراسة الأطفال المضطربين اضطراباً شديداً. وقد دلل (سندن Sendden) على مدى صدق المقابلة في استخدامها للتحديد السريع لذكاء حالات ووجد أن معاملات الارتباط بين تقديرات الذكاء أثناء المقابلة ودرجات الذكاء في الاختبارات التحريرية ٠,٨٢ . ووجد (د. عطية هنا ١٩٥٠) أن معامل الارتباط بين تقديرات الذكاء أثناء المقابلة وبين اختبارات الذكاء كان

٠,٧١٪ مع الاختبار النفسي للمجلس الأمريكي للتربية: American Council on Education Psychological Examination.

وكان هذا الارتباط ٠,٦٦ مع الاختبار النفسي للذكاء لجامعة ولاية أوهايو والارتباط بين الاختبارين هو ٠,٧٧ وبذلك تكون تقديرات الذكاء عن (طريق المقابلة) ليست أقل من أي واحد منها.

والسؤال المطروح دوماً في البحوث النفسية والاجتماعية هو: إلى أي حد يمكن الاعتماد على (المقابلة وصدقها) في التنبؤ عن السلوك الفعلي للعميل أو للأفراد في موقف معين؟

لقد حاول (ماكوبي وماكوبي) ١٩٥٤ أن يضعا (ضوابط) ترفع من (صدق المقابلة) ويمكننا إيجازها بالنقاط الأربع التالية:

ضوابط لرفع صدق المقابلة: (ماكوبي وماكوبي)

(١) المقارنة بين أقوال العميل في المقابلة وبين الأدلة الموضوعية الأخرى المتصلة بموضوع المقابلة.

Comparison the Client and the Objective Data.

(٢) التنبؤ عن السلوك في المستقبل على أساس توقعات العميل.

Future Predictions on the Line of the Client Expectations.

(٣) التناسق الداخلي في خطوات وعمليات المقابلة:

Internal Consistency of the Steps and Processes of the Interview.

(٤) الارتباط بين بيانات المقابلة وبيانات أخرى يمكن التنبؤ عن ارتباطها بها.

Additional and Various Data Correlations.

ومهما تكن عيوب المقابلة ومزاياها، فإن مدى صدقها وثباتها - في تقديرنا - يتباين ويختلف تبعاً للهدف من المقابلة، ونوعية هذا الهدف وعموميته أو خصوصيته، ومجال التقديرات والقائمين بها، ومستوى التنبؤ المطلوب والأشخاص الذين تجري عليهم المقابلة.

وفي الختام، يمكننا القول بأنه في حالة وجود اختبار يؤدي وظيفة المقابلة في موضع معين فإن من الأفضل استخدام الاختبار بعد التأكد من درجة صدقه وثباته، والاحتفاظ بالمقابلة في النواحي التي تعجز الاختبارات عن القيام بها.

وفي - الوقت الحاضر - يبدو أن المقابلة ما تزال في يد (الأخصائي الإكلينيكي) أداة جيدة ليس من السهل تفضيل غيرها عليها أو الاستغناء عنها.

ولقد أصبح ثابتاً أن (القيمة التنبؤية للمقابلة) تكون عالية وكبيرة كلما كان الهدف محدداً والتنبؤ لفترة زمنية قصيرة وقريبة، وأنها تنخفض وتتضاءل كلما كان الهدف غير محدَّد والتنبؤ لفترة زمنية بعيداً.

ومع هذا فإن كل ما لدينا من حقائق ينبغي أن لا يعطينا الحق كأخصائيين في أن نتنبأ بثقة عالية لأنه ليس لدينا أساس قوي نعتمد عليه ولا بد أن نعتمد إلى جانب المقابلة على أدوات عديدة أخرى للتشخيص.

حواشي الفصل الثاني عشر

(1) Alan O. Ross: The Exceptional Child in the Family, Grune + Stratton, Inc, New York, 1964, p. 76.

(2) Bingham, W.V.D., Moore, B.V. + Gustad, J.W: How to Interview, New York, 1959 Harper + Row, U.S.A.

(3) Schafer, G.W. + Lazarus: Fundamental Concepts in Clinical Psych, New York, McGraw Hill, 1952.

(4) Landis, C: Sex in Development, New York, Harper, 1940.

(5) Kinsey, A.C. Sexual Behavior in Human Male + Female, Philadelphia, Saunders, 1953.

(6) Sheimo, S.L.: Problems in Helping Parents of Mentally Defective and Handicapped Children, American Journal of Ment Def, 1951, 56, p. 54.

(7) Hamilton Gordon, Theory and Practice of Social Case Work. New York: Columbia Univer. Press. 1951.

(8) Schmidt, H.O + Fonda, C.P: Reliability of Psychiatric Diagnosis, Abnorm, Soc. Psychol. 1956, Vol. 52, pp. 262-267.

(9) Beck, Helen, L: Counselling Parents of Retarded Children. 1959.

(10) Kanner, L: Parents' Feelings about Retarted Children, Amer Jour. Ment. Def., 1953, 57, 375-383.

(11) Auerbach, Aline B. What can Parents Gain from Group Experience? in Child Study Assoc, of Amer., Helping Parents of Handicapped Children-Group Approaches, New York, 1959, p. 17.

(12) Ross, A.O: The Practice of Clinical Child Psychology. New York: Grune + Straton, 1959, p. 55.

(13) Garrat Annette: Interviewing; its Principles and Methods, New York, 1942.

(14) Thorne, F.C + Andrews, J.S.: Unworthy Parental Attitudes Toward Mental Defectives, American J. Ment Def. 1946, 50, 411-418.

(15) Wall, B.D: Rapport: An Outmoded Concept, Ment Hyg., 1958, 43, 340-342.

(16) Polansky, N. + Kounin, J. Client's Reactions to Initial Interviews: A Field Study; Human Relations, 1956, Vol. 9. pp. 237-265.

(17) Rogers, C.R: Counselling + Psychotherapy, Boston, Houghton, 1942.

(18) Bateson, G: Toward a Theory of Schizophrenia, Behav, Sci, 1956, Vol. 1. pp. 251-264.

(19) Martin, R.M: Self-Evaluation in Schizophrenics and Neurotics, Purdue University, 1951, Unpublished M.S. Thesis.

(٢٠) راجع: د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي: دار النهضة العربية: ١٩٧٦ - القاهرة ص ١٦٦.

الفصل الثالث عشر

الاختبارات الإكلينيكية وقياس الذكاء

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد في نشأة وأهمية الاختبارات.
- البداية الرائدة عند (بينيه - سيمون).
- الرورشاخ ومانيسوتا.
- اختبار الميول المهنية وتفهم الموضوع. T.A.T.
- اختبار غولدشتاين - شيرر واختبارات الذكاء.
- قياس الذكاء وتقييمه (بينيه - سيمون).
- تعريفات الذكاء:

١) اتجاه التوافق مع البيئة: شترن، بنتر، كروز، مَنْ.
٢) اتجاه القدرة والاستعداد للتعلم: كولفن، وودرو، جودارد.
٣) اتجاه القدرة على التفكير: تيرمان، سبيرمان، ميومان، بينيه.
٤) اتجاه الوظائف السلوكية: ويكسلر، ستودارد.

٥) الاتجاه الإجرائي - القياسي: بورنج، سانفورد.

- نظريات الذكاء وثبات نسبته والاتجاهان الوراثي والبيئي.
- اختبار ستانفورد - بينيه: ونماذج عن مقاييسه.
- نقد وتقييم اختبار بينيه: (فريمان) ١٩٦٢.
- مقاييس ويكسلر - بلفيو لقياس الذكاء للأطفال والراشدين.
- جداول الارتباطات والأنماط العاملية.
- جداول التحليل للوظائف العقلية (هادلي).
- المغزى والدلالات الإكلينيكية لمقياس ويكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين.
- الفئات الإكلينيكية وجداولها.
- ملاحظات (فريمان) النقدية لمقياس ويكسلر - بلفيو.
- أهداف تطبيق اختبارات الذكاء (جارفيلد).

الفصل الثالث عشر

الاختبارات الإكلينيكية وقياس الذكاء

Clinical Tests

تمهيد في نشأة وأهمية الاختبارات:

إن الاختبار النفسي ما هو إلا أداة: Tool للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مقنّن؛ وبهذا الشكل يمكننا تقييم الملاحظات المضبوطة للسلوك تقييماً موحداً، لذا كان للاختبار النفسي مزايا لا توجد أصلاً في المقابلة أو في إجراءات دراسة الحالة.

ومن العلماء من يرى في الاختبار (أداة تقييم وتشخيص) لا تخلو من قصور وعيوب. ومهما يكن من أمر فإن بعض المراجع تؤكد بأن إدارة الاختبارات النفسية الأمريكية قد باعت للمدارس (١٢٢) مليوناً من الاختبارات وأوراق الإجابة؛ ورغم هذا الاهتمام في أهمية الاختبارات؛ فثمة حركة معارضة جديدة تحذر من كثرة الاعتماد على الاختبارات التي أصبحت الخطوة الأولى للحصول على أي عمل، ولدخول أي مدرسة أو جامعة، وللبدء في أي دورة تدريبية أو تربوية. ورغم الاعتراض القائم على تطرف بعض علماء القياس في أولوية الاختبارات فإن هناك شبه اتفاق بين الأخصائيين الإكلينيكيين والأطباء النفسانيين وعلماء القياس والمربين

على أن الاختبارات دون شك هي وسائل ذات قيمة كبيرة في عمليات التشخيص والتوجيه والإرشاد النفسي والعلاج؛ وهي كأي وسيلة يمكن الإفادة منها إذا أحسن استخدامها ووضعت حولها الضوابط وأمكن معرفة معايير ثباتها وصدقها ودلالاتها الإكلينيكية وحدودها التي لا تستطيع تجاوزها بحكم طبيعتها أو طبيعة القدرات التي تقيسها.

البداية الزائدة عند (بينيه - سيمون):

سارت الاختبارات في تسلسل تاريخي متعاقب كان فيها محاولات جادة، منها ما يرتبط بصميم التشخيص الإكلينيكي وعملياته. وقد بدأ العالمان (بينيه وسيمون Binet + Simon ، بأول محاولة رائدة في وضع اختبار لطلبة المدارس الابتدائية في باريس نتيجة لوجود أطفال متخلفين عقلياً بينهم.

وقد ابتكر (بينيه) فكرة (العمر العقلي Mental Age) إدراكاً منه أن المشكلة يجب أن تواجه بطريقة تختلف عن مفهوم الإثارة والاستجابة السلوكيين؛ فهو يرى أنه لا بد من قياس أوجه النشاط المعقد مثل اتباع مجموعة من التوجيهات، وحل المشكلات، واستخدام الكلمات بطريقة سليمة مما ترك آثاراً دامغة في ميدان علم النفس الإكلينيكي والقياس النفسي. ثم جاء (شترن Stern) وابتدع فكرة نسبة الذكاء وقام بتطويرها العالمان ويكسلر وبلفيو.

الرورشاخ واختبار مانيسوتا:

وجاء اختبار الرورشاخ: **Rorchach** كنتيجة لاستبصار الطبيب النفساني السويسري (هنري رورشاخ) بما أورده المرضى النفسانيون عما توحي

لهم بقع الحبر العشر. وحين يواجه الفرد موقفاً غامضاً غير واضح المعالم (كقطع الحبر غير المتشكلة) Unstructured فإن المريض سيستجيب وفقاً لحاجاته الداخلية، واتجاهاته، وأسلوبه وإدراكه للعالم؛ بعد إثارة كاملة لملكة التخيل عنده: Imagination.

أما اختبار مانيسوتا: MMPI الذي ظهر في منتصف العقد الرابع للقرن العشرين على يد (هاثاوي، وماككنلي Hathaaway, McKinley) فقد تضمن مقاييس عديدة كمقياس توهم المرض، والانقباض، والهستريا والانحراف السيكوباتي، والذكورة والأنوثة، والبارانويا، والسيكاثينيا والفصام، والهوس الخفيف، والانطواء الاجتماعي. وقد وضع تصحيح هذا الاختبار على أساس يختلف عن اختبارات الشخصية السابقة عليه. فاستخدمت فيه الطريقة الامبريقية: Empirical عن طريق اختيار البنود أو الأسئلة التي (تميز Discriminate) بين مجموعة الأسوياء؛ ومجموعة غير الأسوياء؛ وبذلك تصبح الأسئلة التي تفرق بين الفئات الإكلينيكية هي التي توضع في هذا الاختبار. وعلى هذا الأساس وضعت عدة مفاتيح لتمييز المفحوصين في هذا الاختبار؛ الذي يحتوي على (٥٥٠) عبارة.

اختبار الميول المهنية وتفهم الموضوع: T.A.T.

وقد وضع العالم (سترونج Strong) اختباراً للميول المهنية للذكور والإناث على أساس تشابه ميول الفرد مع ميول الجماعات المهنية المختلفة.

أما اختبار (تفهم الموضوع T.A.T.) فهو مجموعة صور على شكل لوحات عددها (٣١) لوحة تحتوي كل واحدة منها على (موضوع) وتعرض على

المريض ليؤسس حولها قصة تعكس احتياجاته والضغوط المحيطة به من العالم الخارجي.

اختبارات غولدشتاين - شيرر، واختبارات الذكاء: اهتم العالمان غولدشتاين وشيرر في اختبارات للتفكير المجرد، والمحسوس على أساس الملاحظة الدقيقة لسلوك المرضى المصابين بإصابات في الدماغ Brain-Injured، كما ظهرت اختبارات (بينيه - سيمون) وويكسلر لقياس الذكاء[1].

وسنفصل الحديث عن الاختبارات عند التطرق (لكل مجال) من مجالات القياس الخاص بها: (انظر جدول رقم - ٥ -).

ولكي نضع القارىء العربي أمام ملخص لأهم الاختبارات الإكلينيكية فإننا نقدم له دراسة العالم (ساندبرغ Sundberg) المقارنة ١٩٦١، والتي تضمنت (١٨٥) مستشفى ومركزاً للخدمة والعلاج النفسي[2].

وهذه أكثر الاختبارات شيوعاً واستعمالاً وأهمية:

جدول رقم (٥)

الاختبار واصطلاحه:	التطبيق:
١) اختبار مانيسوتا المتعدد الوجوه (اختبار شخصية) Minnesota Multiphasic Personality Inventory(MMPI).	ج: جماعي
٢) اختبار بقع الحبر لرورشاخ: R.I.T Rorchach Inkblot Test	ف، ج فردي وجماعي
٣) مقياس ستانفورد - بينيه: Stanford-Binet Intelligence Scale.	ف: فردي
٤) مقياس ويكسلر - بلفيو: Wechsler Adult Intelligence Scale:(WAIS)(WCIS)	ف: فردي (للكبار والأطفال)
٥) اختبار تفهم الموضوع: Thematic Apperception Test: (T.A.T)	ف: فردي
٦) اختبار بندرغشتالت البصري الحركي: (B.V.M.G.T) Bender Visual-Motor Gestalt Test	ف: فردي

الاختبار واصطلاحه:	التطبيق:
٧) اختبار رسم الرجل (للأطفال): (لجود إنف): Goodenough Draw-A Man Test	ف: فردي
٨) اختبار رسم الشخص: Draw a Person Test	ف: فردي
٩) اختبار غولدشتاين - شيرر للتفكير المجرد والمحسوس: Goldstein Scheerer Tests of Abstract +Concrete	ف: فردي
١٠) اختبار كودر للتفضيل المهني: Kuder Preference Record	ف: فردي
١١) اختبار المنزل والشجرة والشخص: House, Tree + Person Test	ف: فردي

قياس الذكاء وتقييمه: بينيه - سيمون

تمهيد: يعتبر (الذكاء) من أوائل أبعاد الشخصية التي استطاع علماء النفس قياسها على قدر كبير من الدقة. وقد امتد قياس الذكاء من تحديد المستوى العقلي للفرد إلى تحديد بعض الخصائص النفسية التي تميز الفئات الإكلينيكية المختلفة.

تعريفات الذكاء: يعاني ميدان القياس وما يزال مشكلة من أكبر المشكلات المنهجية الخطيرة وهي: (مشكلة - تعريف المصطلح؛ ماذا نعني

بكلمة ذكاء؟ وما هو الذي نجحنا فعلاً في قياسه؟)[٣].

وقد أقامت مجلة (علم النفس التربوي الأمريكية) استفتاء منذ أكثر من (٥٠) عاماً بين قادة حركة القياس العقلي في ذلك الوقت، طلب فيه تحديد معنى الذكاء، وكانت النتيجة أن تلقت المجلة عدداً من الإجابات (بقدر عدد العلماء) الذين اشتركوا في الاستفتاء.

ولما كان اختصار هذه الإجابات وتبويبها عملية شاقة فإن بإمكاننا فقط تقديم عرض سريع ومحدد لخمسة اتجاهات توجز تلك الإجابات:

١) اتجاه التوافق مع البيئة:

أ- شترن: **Stern** : الذكاء هو القدرة على التكيف العقلي مع مشكلات الحياة وظروفها الجديدة.

ب- بنتنر: **Pintner** : الذكاء هو القدرة على التكيف بنجاح مع ما يستجد في الحياة من علاقات.

جـ- كروز: **Cruze** : الذكاء هو القدرة على التوافق الملائم مع المواقف الجديدة المختلفة مع وجود الفوارق بين فرد وفرد في قدرته.

د- من: **Munn** : الذكاء هو المرونة على التوافق في شتى مستويات التطور.

٢) اتجاه القدرة والاستعداد للتعلم:

أ- كولفن: **Colvin** : الذكاء هو القدرة على تعلم التكيف مع البيئة.

ب- وودرو **Woodrow** : الذكاء هو القدرة على اكتساب الخبرات.

جـ- جودارد **Goddard** : الذكاء هو القدرة على الاستفادة من الخبرات السابقة في حل المشكلات الجديدة.

٣) اتجاه القدرة على التفكير:

أ- تيرمان **Terman** : الذكاء هو القدرة على التفكير المجرَّد.

ب- سبيرمان: **Spearman** : الذكاء هو القدرة على تجريد العلاقات والمتعلقات أي القدرة على الاستقراء والاستنباط.

جـ- ميومان **Meuman** : الذكاء هو الاستعداد للتفكير الاستقلالي الابتكاري الإنتاجي.

د- بينيه **A. Binet** : الذكاء هو القدرة على الفهم والابتكار والتوجه الهادف للسلوك والنقد الذاتي.

٤) اتجاه الوظائف السلوكية:

أ- ويكسلر: **D. Wechsler** : هو القدرة الكلية لدى الفرد على التصرف الهادف، والتفكير المنطقي، والتعامل الجدي مع البيئة.

ب- ستودارد: **Stodard** : الذكاء هو نشاط عقلي يتميز بالصعوبة، والتعقيد، والتجريد، والاقتصاد في الوقت والجهد والتكيف الهادف والقيمة الاجتماعية، والابتكار وتركيز الطاقة ومقاومة الاندفاع العاطفي.

٥) الاتجاه الإجرائي - القياسي: الذكاء هو ما تقيسه الاختبارات.

أ- بورنج: **Boring** : إن الذكاء هو إمكانية الأداء الجيد في اختبار الذكاء .

ب- سانفورد: **Sanford** ، رايتسمان Wrightsman : الذكاء هو خاصية مستنبطة لسلوك الفرد وثابتة نسبياً؛ وهي خاصية مرتبطة بقدرة الفرد على الاستجابة بنجاح كبير في المشكلات الإدراكية والمعرفية واللفظية.

ويمكن - في تقديرنا - الوصول لتعريف شامل وجامع يتضمن كافة هذه الاتجاهات بالقول إن الذكاء:

« هو الاستجابة السريعة والسديدة لمواقف طارئة مفاجئة، ويتضمن أيضاً قدرة الفرد على التكيف والمرونة والاستقراء والاستنباط وادراك العلاقات؛ ويعكس قدراته العقلية واستعداداته للتعلم السريع والاستفادة من خبراته السابقة في مواجهة المواقف والمشكلات الواقعة؛ كما يمكن قياسه عن طريق الاختبارات بصفة كمية؛ ولكن جانبه الكيفي يعتمد على فهم وتحليل يتجاوز المقاييس السيكومترية إلى تقييم شخصي وشامل ومتعدد الزوايا »[4].

نظريات الذكاء وثبات نسبته:

ظهرت في هذا القرن نظريات متعددة حول موضوع الذكاء وكان منها نظرية العوامل المتعددة، ونظرية العاملين، ونظرية العوامل الطائفية وغيرها. وكان لكل نظرية أنصارها ومحاولات لإثبات صحتها ويستطيع

القارىء الرجوع إلى مصادر عديدة لمعرفة تفاصيل هذه النظريات ومراحل تطورها[٥].

والمهم أن نذكر أن (اختبارات الذكاء) وضعت على أساس هذه النظريات. وقد ميّز العالم (ثورندايك) بين ثلاثة أنواع من الذكاء:

أ- الذكاء المجرد وترتبط به القدرة على فهم الرموز اللفظية والرياضية والتعامل معها.

ب- الذكاء المحسوس كالقدرة على فهم الأشياء والتعامل معها كمهارات الحرف والتطبيقات العملية.

ج- الذكاء الاجتماعي كالقدرة على فهم الأشخاص والتعامل معهم.

وهكذا فقد تعددت الأهداف والقضايا التي تستخدم في اختبارات الذكاء، و- في اعتقادنا- يجب على الأخصائي الإكلينيكي أن يذكر الاختبار الذي بنى عليه تقييمه للذكاء. وأن يدرك الأساس الذي وضع عليه الاختبار والعينة التي طبق عليها واستخرجت معاييره منها، وأن يدرك التكوين العاملي للاختبارات والخصائص الإكلينيكية له، ولها. ومن الضروري أن يحذر الأخصائي من الاطمئنان لاستخدام اختبار واحد في تحديد الذكاء إذ لا يوجد بين أيدينا حتى الآن- اختبار كامل- يؤدي غرض التنبؤ المستقبلي والتقييم.

أما الموضوع (ثبات نسبة الذكاء) فقد شغل أذهان الباحثين والعلماء منذ عشرات السنين وانقسم العلماء بصدده في اتجاهين:

١) الاتجاه الوراثي: اعتبر (غالتون وأتباعه) أن نسبة الذكاء ثابتة

طيلة حياة الإنسان. ومنطلق هذا الاتجاه هو أن الذكاء قدرة وراثية فطرية: Hereditary. وقد وجه نقد شديد لهذا الاتجاه الذي أثبت حجته على دراسات على بعض الأسر والتوائم وبقيت مشكلة الذكاء الوراثي بدون حل(٦).

٢) الاتجاه البيئي: **Environmental** ويؤكد علماء هذا الاتجاه دور البيئة في نمو الذكاء. وقد وجدت العالمة (ماندل شرمان Mandel Sherman) بأن الأطفال الذين يعيشون في البيئات المنعزلة عن المدنية والحضارة كانوا أقل من غيرهم في الذكاء، ووجدت أن متوسطات ذكائهم متقاربة وترتفع هذه المتوسطات كلما كانت مجتمعاتهم أقرب إلى الحضارة. وقد كشفت دراسات (جوردون) على الأطفال في انكلترا نتائج مماثلة تبرهن تأثير البيئة.

وفي - اعتقادنا - يجب إعادة صياغة السؤال الذي يطرح المشكلة؛ فلا يجوز الآن أن نقول: الوراثة أم البيئة؟ ولكن أيها يلعب دوراً أكبر من غيره دون انفصال بينهما. إن المسألة ليست مسألة وراثة أو مسألة بيئة؛ ولكنها مسألة التفاعل بينهما والتلاحم الذي لا يجوز فصله أو عزله؛ فالبيئة تؤثر في الجنين حتى قبل خروجه من بطن أمه وفي عمليات تكوينه.

اختبار ستانفورد - بينيه

انتقد العالم (الفريد بينيه A. Binet) غالتون، وكاتل لاعتمادهم فقط على قياس (العمليات الحسية البسيطة)؛ وكانت القاعدة التي بنى عليها اختباره هي فكرة (العمر The Age) فالذكاء في نظره يميل للزيادة سنة

بعد سنة مع تقدم العمر. فالطفل في الخامسة أذكى من الطفل في الرابعة. وأطفال الثانية عشرة أكثر ذكاءً من أطفال الحادية عشرة..وهكذا.وحدّد اختباره للأطفال (٢ - ١٦) سنة. Stanford-Binet Intelligence Scale وقام بمراجعته وتعديله (لويس ترمان L. Treman) وتلاميذه في جامعة ستانفورد بكاليفورنيا عام ١٩٣٧؛ ونقل إلى العربية على يد العالمين لويس ملكية ومحمد عبد السلام أحمد وظهرت مراجعة حديثة له عام ١٩٦٠. ويتضمن اختباره قياس عدة مجالات كالفهم العام، والحكم، والانتباه، والذاكرة، والتمييز، وغيرها.وهناك (٣٠) بنداً فرعياً تتدرج من حيث الصعوبة، وقد قام بتطبيقها على أطفال عاديين وغير عاديين؛ وتوصل لوضع معايير Norms لمستويات العمر المختلفة.

افترض (بينيه) أن الأطفال - يختلفون - فيما بينهم - فمثلاً يوجد بين الأطفال في (سن السادسة) من هم أقل ذكاء من أطفال السادسة ومن هم أعلى منهم ذكاء، ولكن سيكون غالبيتهم في (عمر عقلي ٦) أي أننا نتوقع أن (الفقرة) تكون مناسبة لعمر عقلي ٦ إذا تخطاها ٧٥٪ من الأطفال في سن السادسة بنجاح (كل الأطفال المتوسطين مضافاً إليهم فوق المتوسطين). وإذا تخطاها أقل من ٥٠٪ فهذا يدل أن الفقرة صعبة بالنسبة لهذا المستوى وتنقل إلى مستوى أعلى، وإذا تخطاها أكثر من ٨٠٪ فمعنى ذلك أن هذه الفقرة سهلة وتنقل إلى مستوى أدنى. وبناء عليه، إذا قلنا إن فقرة ما تشير إلى عمر عقلي ٨ فمعنى ذلك أننا نقول إن العمر العقلي لأحمد ٨، فنحن نعني بذلك أنه يستطيع أن يجتاز بنجاح تلك الفقرات الخاصة بأطفال الثامنة.

ويعتبر مقياس ستانفورد - بينيه اختباراً فردياً، ويعتمد على استعمال

(اللغــة): Individual + Language Test ويعد مقياساًمناسباً (لذكاء الأطفال) ولكنه لا يصلح للراشدين. ولا يصلح للصم والبكم من الأطفال ويستعاض عنه بالاختبارات العملية التي تعتمد على حركة اليد. وتقسم فقرات هذا المقياس إلى (٢٠) مستوى؛ يحتوي كل مستوى على ٦ فقرات.

يبدأ أول مستوى من سن سنتين ثم سنتين ونصف ثم ثلاث سنوات وهكذا حتى خمس سنوات ثم ست سنوات ثم سبع سنوات، وهكذا يستمر كل مستوى لمدة عام. وهذا يعني أن كل فقرة في مستويات السنوات الأولى تزن شهراً (لأن الفرق بين كل مستوى والذي يليه ستة أشهر).

وأما بعد ذلك فكل فقرة تزن شهرين (لأن الفرق بين كل مستوى والذي يليه اثنا عشر شهراً): (أنظر جدول رقم ٦).

وأما مستوى الراشد المتوسط فيحتوي على ثماني فقرات كل فقرة تزن شهرين (فيكون المجموع ١٦) شهراً. ثم مستوى الراشد المتفوق:

١ (٦ فقرات تزن ٢٤ شهراً)، ثم مستوى الراشد المتفوق:
٢ (٦ فقرات تزن ٣٠ شهراً). ثم مستوى الراشد المتفوق:
٣ (٦ فقرات تزن ٣٦ شهراً). وفيا يلي جدول بهذه الفقرات:

فقرات ستانفورد - بينيه وبيانها بالشهور
جدول رقم (٦)

مستوى العمر	عدد الفقرات	مدى العمر لكل مستوى	وزن كل فقرة بالشهور
٢	٦	٦	١
٢ - ٦	٦	٦	١
٣	٦	٦	١
٣ - ٦	٦	٦	١
٤	٦	٦	١
٤ - ٦	٦	٦	١
٥	٦	١٢	٢
٦	٦	١٢	٢
٧	٦	١٢	٢
٨	٦	١٢	٢
٩	٦	١٢	٢
١٠	٦	١١	٢
١١	٦	١٢	٢
١٢	٦	١٢	٢
١٣	٦	١٢	٢
١٤	٦	١٢	٢
الراشد المتوسط	٨	١٦	٢
الراشد المتفوق١	٦	٢٤	٤
الراشد المتفوق٢	٦	٣٠	٥
الراشد المتفوق٣	٦	٣٦	٦

وتتضمن فقرات هذا المقياس أعمالاً متنوعة كالفهم اللغوي، والقدرة العددية، وإدراك أوجه الشبه والاختلاف والتمييز بين الجمال والقبح، وتذكر الأعداد وبناء المكعبات.. إلخ. ولم تنظم هذه الفقرات حسب أنواعها وإنما توزعت على كل مستويات الأعمار.

أمثلة:

اختبار سن الثالثة:

١ - يسأل الطفل أن يشير إلى الأنف، والعينين، والفم.
٢ - يسأل الطفل أن يكرر جملة مكونة من ستة مقاطع.
٣ - يسأل الطفل أن يكرر رقمين.
٤ - يعد الطفل أشياء في صورة.
٥ - يسمي الطفل أفراد الأسرة.

اختبار سن السادسة:

١ - يعرف الطفل اليمين واليسار ويشير إلى أذنيه اليمنى واليسرى.
٢ - يكرر الطفل جملة مكونة من ١٦ مقطعاً.
٣ - يحدد الطفل أجمل ما في ثلاثة أزواج من الوجوه (مقارنة جمالية).
٤ - يعرف الطفل أشياء مألوفة في الاستخدام العادي.
٥ - ينفذ الطفل ثلاثة أوامر.
٦ - يعرف الطفل عمره.
٧ - يعرف الطفل الصباح وبعد الظهر.

اختبار سن الحادية عشرة:

١ - يشير الطفل إلى كلمات غير معقولة في جمل.
٢ - يركب الطفل جملة من ثلاث كلمات معطاة له.
٣ - يذكر الطفل أي (٦٠) كلمة في ثلاث دقائق.
٤ - يعرف الطفل كلمات مجردة مثل (العدالة، السعادة، الرحمة).
٥ - يرتب الطفل كلمات مختلفة لينتج جملة ذات معنى.

ويلاحظ من خلال هذه النماذج كيف يتدرج الاختبار من السهل إلى الأصعب، ومن المحسوس إلى المجرد.

وعند تطبيق هذا الاختبار على أي فرد، يجب علينا أن نحدد أولاً المستوى الذي نبدأ به، فعلينا أن نعرف (عمره الزمني، ومستواه الدراسي)، وذلك لكي نبدأ بمستوى العمر الذي نعرف أنه سيجتاز كل فقراته. والخبرة تعلمنا بأننا حين نطبق المقياس على طفل في الثامنة، فمن المستحسن أن نبدأ معه بمستوى عمر ٧؛ فإذا اجتاز كل فقراته تدرجنا معه إلى المستويات الأعلى، أما إذا اجتاز خمس فقرات مثلاً، علينا أن نعود إلى مستوى عمر ٦ وهكذا حتى نصل إلى المستوى الذي يستطيع فيه أن يجتاز كل الفقرات. ونعتبر هذا المستوى هو (العمر القاعدي) بالنسبة لهذا الشخص. ثم ننتقل إلى المستويات الأعلى حتى نصل إلى المستوى الذي يفشل فيه المفحوص في أن يجتاز أي فقرة من فقراته. عندئذٍ نوقف الاختبار ونبدأ في حساب عمره العقلي، وذلك باضافة عدد الشهور التي حصل عليها بعد ذلك إلى عمره القاعدي فنحصل على العمر العقلي ونطبق القانون:

$$ذ = \frac{ع ع}{ع ز} \times ١٠٠$$

$$\text{الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times ١٠٠$$

مثال (١):

طفل عمره (٦ سنوات و ٨ شهور) اجتاز الفقرات التالية من بينيه وحصل على درجاته كما يلي:

العمر		درجة العمر العقلي	
		شهر	سنة
٥	اجتاز كل الفقرات	—	٥
٦	اجتاز ٤ فقرات (كل فقرة تزن شهرين)	٨	
٧	اجتاز فقرة واحدة (تزن شهرين)	٢	
٨	فشل في كل الفقرات:	-	
		١٠	٥

معنى ذلك أن عمره العقلي ٧٠ شهراً وعمره الزمني ٨٠ شهراً فتكون نسبة الذكاء $\frac{٧٠}{٨٠}$ × ١٠٠ = ٨٧ ويظهر أنه متخلف عند مقارنته بمجموعة في مثل سنه.

مثال (٢):

طفل عمره (٤) سنوات وشهران اجتاز الفقرات التالية:

العمر		درجات العمر العقلي	
		شهر	سنة
٣	اجتاز كل الفقرات	——	٣
٦ - ٣	اجتاز خمس فقرات (كل فقرة تزن شهراً)	٥	
٤	اجتاز ثلاث فقرات (كل فقرة تزن شهراً)	٣	
٦ - ٤	اجتاز فقرتين (كل فقرة تزن شهراً)	٢	
٥	اجتاز فقرتين (كل فقرة تزن شهراً)	٢	
٦	اجتاز فقرة واحدة (تزن شهرين)	٢	
٧	فشل في كل الاختبارات		
		١٤	٣

وهذا يعني أن هذا الطفل عمره العقلي ٥٠ شهراً وعمره الزمني أيضاً ٥٠ شهراً فتكون نسبة الذكاء $\frac{٥٠}{٥٠}$ × ١٠٠ = ١٠٠ أي أنه متوسط الذكاء.

فنسبة الذكاء (١٠٠) تمثل متوسط الذكاء العادي، وكلما زادت النسبة عن (١٠٠) دل ذلك على ارتفاع الذكاء، وكلما انخفضت عن (١٠٠) دل ذلك على الضعف العقلي.

تعديل وتصنيف تيرمان: ١٩١٦ : Terman

جدول رقم (٧)

نسبة الذكاء	التصنيف
١٤٠ فما فوق - ..	شبه عبقري أو نابغ
من ١٤٠ - ١٢٠	ذكاء مرتفع جداً
من ١١٩ - ١١٠	ذكاء مرتفع
من ١٠٩ - ٩٠	عادي أو متوسط الذكاء
من ٨٩ - ٨٠	غبي (Dull)
من ٧٩ - ٧٠	على حدود الضعف العقلي
أقل من ٧٠	ضعف عقلي محدد

تصنيف بينيه (مجموعة التقنين) ١٩٣٧ صورتا (ل، م)
جدول رقم (٨)

نسبة الذكاء	العدد	النسبة المئوية	التصنيف
١٦٠ - ١٦٩	١	٠,٠٣	عبقري أو شبه عبقري
١٥٠ - ١٥٩	٦	٠,٠٢	
١٤٠ - ١٤٩	٣٢	١,١	ذكاء مرتفع جداً
١٣٠ - ١٣٩	٨٩	٣,١	
١٢٠ - ١٢٩	٢٣٩	٨,٢	ذكاء مرتفع
١١٠ - ١١٩	٥٢٤	١٨,١	
١٠٠ - ١٠٩	٦٨٥	٢٣,٥	ذكاء عادي أو متوسط
٩٠ - ٩٩	٦٦٧	٢٣, -	
٨٠ - ٨٩	٤٢٢	١٤,٥	ذكاء دون الوسط
٧٠ - ٧٩	١٠٦٤	٥,٦	على حدود الضعف العقلي
٦٠ - ٦٩	٥٧	٢ -	ضعف عقلي مؤكد
٥٠ - ٥٩	١٢	٠,٤	
٤٠ - ٤٩	٦	٠,٢	
٣٠ - ٣٩	١	٠,٣	

نقد وتقييم اختبار بينيه:

حين ننظر إلى اختبار (ستانفورد - بينيه) بمنظار تقييمي نقدي فإننا نستطيع أن نوجه إليه نقاط النقد التالية:

١) صحيح أن هذا الاختبار يعطينا تحديداً للعمر العقلي ونسبة الذكاء وهو من الاختبارات الشائعة لكنه لا يعطينا إلا (تقديراً عاماً) للذكاء العام أو لما نسميه بالعامل العام (ع). وبه لا نستطيع الكشف عن الوظائف العقلية المختلفة عند الفرد كالقدرة اللغوية والذاكرة والقدرة الرياضية مما نحتاجه في الميدان الإكلينيكي. وإذا حسبنا الأعمار العقلية في هذا الاختبار وجدناها ٢٢ سنة و ١٠ شهور ولهذا لا يعد هذا المقياس مقياساً صادقاً لذكاء الراشدين فوق سن ١٥؛ وهو لا يعطي عمليات الذكاء وعناصره تفصيلياً.

٢) إن هذا الاختبار مليء (بالفقرات اللفظية) التي تتأثر إلى حد كبير بالخبرات المدرسية، ورغم أن هذا يشكل عيباً من عيوب الاختبار لعدم استخدامه مع الصم والبكم؛ لكنه صادق وصالح للتنبؤ بالنجاح المدرسي، وقد أجرى العالم (إلدون بوند Eldon A. Bond) دراسة على هذا المقياس واستخرج فيها معاملات ارتباط بينه وبين تفهم القراءة ٠,٧٣ وبينه وبين مادة التاريخ ٠,٥٩ وبينه وبين مادة الأحياء ٠,٥٤ ولكن المشكلة هي الحاجة إلى تدريب الأخصائي تدريباً عملياً على هذا المقياس حتى يتمكن من تأليف فقراته المختلفة ويستطيع تطبيقه بحرية وكفاءة.

وقد أثار العالم (فريمان Freeman١٩٦٢) عشرة تساؤلات نقدية نوجزها بالآتي:

١) هـل المقيـاس العمري Age-Scale يفضـل المقيـاس بالنـقـط Point-Scale ، وقد اتضح أن الأول مفضل في اختبار الأطفال وحديثي الشباب، وأن الثاني مفضل في اختبار كبار الشباب والراشدين؟

٢) هل يتكون المقياس من عديد من الاختبارات غير المترابطة؟ وقد ثبت بالتحليل العاملي أن المقياس مشبع بعامل عام في مختلف مستويات الأعمار وكذلك نتائج معامل الارتباط الثنائي المسلسل بين البنود والدرجة الكلية للاختبار (مراجعة ١٩٦٠)؟

٣) هل المقياس المركب (مثل مقاييس بينيه أو ويكسلر) مفضل عن المقياس المنفصل العوامل (مثل بطارية اختبارات القدرات العقلية الأولية لثرستون) في الفحص الإكلينيكي التوجيه؟ الحقيقة هي أن محك التفضيل يرجع بالدرجة الأولى إلى (الغرض) من تطبيق المقاييس سواء أكان تربوياً أو إكلينيكياً أو لغرض التوجيه المهني.

٤) هل مقياس ستانفورد - بينيه مشبع تشبعاً كبيراً بالجوانب اللفظية؟ يؤكد تيرمان على أن أكثر المظاهر أهمية ودلالة للعمليات الفكرية العليا هي القدرة على التفكير المفهومي والمجرد، ويعتمد ذلك على الترميز لغوياً أو عددياً، ورغم هذا فإنه يمكن الاستعانة باختبار آخر غير لفظي.

٥) هل مقياس ستانفورد - بينيه اختبار للتعلم المدرسي؟ رغم أن المقياس وغيره من مقاييس أيضاً يستخدم مادة مدرسية في بنوده إلا أن التمييز الكيفي بين المتعلمين والفرص المتاحة للتعلم المدرسي عوامل مؤثرة في درجات اختبار الذكاء. إن هذه العوامل ليست مؤثرة في كل الفروق الفردية الموجودة بين الأفراد، وإن التعلم الجيد والظروف البيئية الطيبة الأخرى تنمي الإمكانيات العقلية للفرد مما يتيح له النضج الأفضل.

٦) هل بعض بنود مقياس ستانفورد - بينيه لم تعد منطبقة على الاستخدام في البيئة؟ الحقيقة أن المقياس يجب أن يساير التطور العصري فليس من الضروري في اعتبار الذكاء أن يعرف الجيل الجديد أشياء مما كانت في عصور سالفة (كالتعرف على قاطرة بخارية أو موقد مطبخ قديم).

٧) هل يكشف مقياس ستانفورد - بينيه عن قدرات مختلفة في مختلف الأعمار؟ إن مراجعة ١٩٦٠ التي تضمنت معامل ارتباط ثنائي بين كل بند والدرجة الكلية لمختلف الأعمار قد أثبتت أن العامل العام سائد في كل بنود المقياس لمختلف الأعمار.

٨) هل يقيس المقياس قدرات الأصالة والابتكار؟ إن الذكاء المرتفع للأفراد لا يتضمن بالضرورة وجود قدرات الأصالة والابتكار لديهم لكن أولئك الأفراد ذوي قدرات الأصالة والابتكار يحصلون بالفعل على درجات ذكاء مرتفعة. وليست لهذه القدرات تقديرات موضوعية في القياس إلا أنها يمكن أن تستنتج من تفسير أداء المفحوص وتقييمه.

٩) هل مقياس ستانفورد - بينيه مناسب لمستوى الراشد؟ إن مراجعة عام ١٩٦٠ قد تضمنت أعمار ١٧، ١٨ سنة وهي صادقة أيضاً لمعظم من هم فوق الثامنة عشرة مع (احتمال ألا تكون ملائمة) للتمييز بين ذوي المستويات العقلية العليا فوق هذه السن. وحيث أنه لا يمكن ذكر العمر العقلي للمتفوقين الذين يزيد عمرهم عن الثامنة عشرة فإن علماء النفس يفضلون استخدام الرتب المئوية والدرجات المعيارية في هذه الحالة.

١٠) هل يفيد مقياس ستانفورد - بينيه إكلينيكياً؟ الفائدة في الواقع محصورة في تحديد العمر العقلي ونسبة الذكاء. ويمكن وجود خبرة

إكلينيكية محدودة يمكنها أن تستشف بعض دلائل في التفسير والتقويم لاستجابات المفحوص وسلوكه.

ومما قيل في نقد المقياس إكلينيكياً إنه (لا يقدم لنا سوى درجة واحدة) للدلالة على الذكاء؛ وبذلك لا يعطي أية درجات عن العناصر أو العمليات التي يتكوّن منها الذكاء. وقد حاول بعض الأخصائيين الإكلينيكيين الاستفادة من الأسئلة المتشابهة في تحديد العمليات العقلية ولكن (ماكنمار McNemar) وجد من (التحليل العاملي) أن عامل الذكاء العام مسؤول عن حوالي نصف ما يقيسه السؤال في حين أن النصف الثاني يرجع إلى أحد عوامل متعددة لا تتكرر في أكثر من سؤال أو اثنين وبهذا لا يمكن الاستنتاج من الأسئلة منفردة ويعد هذا (نقصاً إكلينيكياً): Clinical Shortcomings إذ لا يمكن الوصول إلى تشخيص أو تقييم لنواحي القوة أو العجز في ذكاء الفرد.

هذا فضلاً عن أن الأسئلة المتشابهة غير متجمعة معاً مما يتطلب وقتاً أطول في التطبيق نظراً لتكرار نفس التعليمات، وهذا يرجع بالطبع إلى أسلوب تكوين المقياس كما أن بعض الأسئلة تصحح على أنها فشل تام رغم الإجابة الجزئية عنها كما في أسئلة التفاهات.

ورغم كل ما يوجه لمقاييس بينيه ومراجعتها من نقد فإنها كانت وما تزال المعيار الذي تقنن عليه المقاييس والاختبارات الأخرى - فضلاً عن دوام استخدامها مع ما استجد من مقاييس واختبارات.

مقاييس ويكسلر لقياس الذكاء

وضع ويكسلر ثلاثة اختبارات:

١) اختبـار الذكاء للراشدين: السن (١٦ - فما فوق): W.A.I.S Wechsler Adult Intelligence Scale.

٢) اختبـار الذكـاء للأطفـال: السن (٥ - ١٥): W.C.I.S Wechsler Children Intelligence Scale.

٣) اختبار أطفال ما قبل المدرسة الابتدائية: السن (٤ - ٦,٥): Preschool and Primary Scale of Intelligence.

١ - مقياس ويكسلر - بلفيو للأطفال: W.C.I.S

نشر مقياس ويكسلر - بلفيو لذكاء الأطفال عام ١٩٤٩ وترجمه إلى اللغة العربية د. محمد عماد اسماعيل، و د. لويس مليكة[٢]. ويعد هذا المقياس متفرعاً من مقياس ويكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين. ولا شك أن هناك تداخلاً فيما بينهما. وقد وضع هذا المقياس ليتلافى أوجه النقص الموجودة في اختبارات الذكاء الفردية الأخرى.

ونود إعطاء القارىء وصفاً موجزاً لفقرات هذا الاختبار وطريقة تصحيحه وتفسيره لنقارن أوجه الاختلاف بينه وبين مقياس ستانفورد - بينيه والمقاييس الأخرى.

يحتوي مقياس ويكسلر - بلفيو لذكاء الأطفال على (١٢) اختباراً فرعياً، تنقسم إلى مجموعتين: مجموعة لفظية، ومجموعة عملية. ويحتوي

القسم اللفظي Verbal على ستة اختبارات فرعية:

المعلومات العامة - الفهم العام - الحساب - المتشابهات - المفردات - سلاسل الأعداد.

ويحتوي القسم العملي: Practical-Performance على ستة اختبارات فرعية: تكميل الصور - ترتيب الصور - رسوم المكعبات - تجميع الأشياء - الشفرة - المتاهات. ومعنى ذلك أننا نستطيع أن نستخرج نسبة ذكاء لفظية من الاختبارات اللفظية ونسبة ذكاء عملية من الاختبارات العملية، ونسبة ذكاء كلية من كليهما معاً: General Intelligence[٨].

وهذا - في تقديرنا - يتيح للأخصائي الإكلينيكي أن يقيس ذكاء المفحوص من - أبعاد مختلفة - ويقارن فيما بينها، ويرسم صفحة نفسية لتلك الأبعاد. الأمر الذي يجعل لهذا الاختبار قيمة تشخيصية هامة؛ كما تصبح فائدته في التنبؤ كبيرة.

وعند مراجعات الاختبار وتعديلاته اختصر المقياس إلى (١٠) اختبارات اختصاراً للوقت والجهد. وأصبح (٥) اختبارات لفظية و (٥) عملية. وتحسب نسبة الذكاء على هذا الأساس. أما الاختباران اللذان حذفا عند حساب جداول نسب الذكاء فهما اختبار إعادة الأرقام (من الجزء اللفظي) واختبار المتاهات (من الجزء العملي). والسبب في حذف هذين الاختبارين يعود لضعف ارتباط كل منهما ببقية المجموعة التي ينتمي إليها. وبالرغم من أن حذف هذين الاختبارين عدل من حساب جداول نسب الذكاء، إلا أن وبكسلر نصح باستخدامهما لفائدتهما في التشخيص[٩].

طريقة استخدام المقياس (مثال):

نقدم حالة طفلة عمرها اثنا عشر عاماً وشهران. وقد حولت إلى العيادة النفسية لأنها عصبية وتحصيلها الدراسي ضعيف، ولا تهتم كثيراً بأعمالها المدرسية. وتوضح لنا مناقشة هذه الحالة التكامل بين نتائج الاختبار وبين بقية المعلومات الأخرى. كانت هذه الطفلة الأخت الكبرى لأختين أصغر منها؛ احداهما في الحادية عشرة من عمرها والأخرى في التاسعة. وكان التحصيل الدراسي لهاتين الأختين عادياً. وتبلغ الأم من العمر ٣٤ عاماً والأب (٣٥) عاماً ويعمل في أحد المصانع. وكانت صحة الأم جيدة أثناء حملها لهذه الطفلة، وقد ولدت بعد ميعادها المتوقع بأسبوعين وكانت ولادة عسرة ونزلت بمؤخرتها. وعند الولادة كانت صحة الطفلة جيدة ولم تعان من أية اضطرابات في الرضاعة، كما كانت نشطة واستطاعت أن تمشي وعمرها (٩) شهور، وتعلمت بعض الكلمات قبل أن تكمل عامها الأول. ونظراً لتجمع الأسرة حول بعضها فقد لاقت هذه الطفلة رعاية معقولة في سنوات عمرها الأولى. وأما نموها الجسمي فقد كان عادياً تماماً وربما كان متفوقاً على أختها. إلا أنها أصيبت بمرض - عندما كان عمرها سنتين - أدى إلى ارتفاع حرارتها بشكل غير عادي. وعندما نقلت إلى المستشفى لم يستطع الطبيب أن يشخص طبيعة هذه الحمى. كما أنها نقلت إلى المستشفى حديثاً قبل تحويلها إلى العيادة النفسية واستمرت فيه (١٠) أيام لإصابتها بحمى قرمزية. وقد أصبحت عصبية وكثيرة الهياج بعد اصابتها هذه.

وقد ذكرت الأم، أن هذه الطفلة كانت متفوقة في دراستها في سنوات الدراسة الأولى. ولكنها حولت بعد ذلك إلى أخصائي نفساني لأن سلوكها في

المدرسة كان مثيراً للقلق؛ فقد كانت كثيرة الشغب وتمزق كتبها، وأوراقها لأتفه الأسباب ويعتقد المعلم الذي حولها إلى الأخصائي النفسي أنها طفلة ذكية، ولكنه قال إنها لا تستطيع أبداً أن تركز انتباهاً. كما ذكرت الأم أن نومها متقطع وأحياناً تنتابها أحلام مزعجة. وحين طبق عليها هذا الأخصائي اختبار ستانفورد - بينيه للذكاء تبين منه أن نسبة ذكائها ٩٨؛ أي أنها (عادية).

وكانت الأم ترى أن الرياضيات هي أصعب المواد بالنسبة لها وكذلك اللغة. وقد تحدثت الأم كثيراً مع إدارة المدرسة عن تحصيلها الدراسي الضعيف، وكانوا يقولون لها في كل مرة إنهم لا يفهمون سبباً لتأخرها هذا طالما أنها متوسطة الذكاء، ولا بد أن هناك اضطراباً ناجماً عن اختلال في أحوالها المنزلية. وقد كانت الأم قلقة على ابنتها بشدة وخاصة أنها كانت تحب اللعب دائماً خارج المنزل الأمر الذي كان يعطلها عن دروسها. وكان انطباع الأخصائي النفسي عن هذه الأم أنها امرأة عصبية، ويبدو أن ذكاءها أقل من المتوسط.

وتتسم هذه الطفلة بالجاذبية، وهي متعاونة ولبقة. وقد قالت إنها لا تحب المدرسة، وإن الرياضيات واللغة هما أصعب المواد بالنسبة لها. وبالرغم من ذلك فقد كانت تحب القراءة. وعندما طبق عليها مقياس ويكسلر - بلفيو لذكاء الأطفال كانت نسبة ذكائها ٩٩، وهي مشابهة لنسبة ذكائها التي استخرجها الأخصائي النفسي قبل ذلك من تطبيقه لمقياس ستانفورد - بينيه.

ومعنى ذلك أن ذكاءها متوسط، ولكنه رأى أن هذه الدرجة الكلية لا معنى لها لأنها لا تبرز لنا نقاط القوة والضعف في قدرتها العقلية. أعطيت

هذه الطفلة (١٠) اختبارات فرعية؛ (خمسة لفظية وخمسة عملية). أي أن الأخصائي حذف اختبار إعادة الأرقام والمتاهات كما هي العادة. وعندما حسبت نسبتا الذكاء اللفظية والعملية كل على حدة كانت نسبة ذكائها في الجزء اللفظي ٩٤ وفي الجزء العملي ١٠٤. وعلى الرغم من أن هذا الفرق يعد (علامة تشخيصية) إلا أنه لا يصف لنا قدرتها وصفاً دقيقاً. ولهذا قام الأخصائي بدراسة دقيقة كيفية وكمية لكل استجاباتها في المقياس.

فاختبار المعلومات يتضمن معرفة بعض الحقائق العامة. ومتوسط الدرجات في هذا الاختبار وفي بقية الاختبارات ١٠. وقد حصلت هذه الطفلة هنا على ١٢ درجة. من الواضح - إذن - أنها قادرة على تعلم الحقائق الواردة في هذا الاختبار ومثيلاتها. وأما في اختبار الفهم العام فحصلت فيه على ٩ درجات. وهذه الدرجة تقرب من المتوسط. ولكن الدرجة في حد ذاتها، لا تصف لنا سلوكها. فإذا نظرنا إلى فقرات هذا الاختبار وجدنا بعضها عيانياً. والبعض الآخر مجرداً، وقد كان أداؤها في الفقرات العيانية جيداً ولكنه كان ضعيفاً في الفقرات المجردة. ويتفق هذا مع أدائها الضعيف في اختبار الحساب، إذ كانت درجتها في هذا الاختبار ٩، ولكن كلما كانت المسائل أكثر تعقيداً وتجريداً كان أداؤها ضعيفاً. كما كانت تجد صعوبة في المسائل التي تتطلب عمليات قسمة. وأما اختبار المتشابهات الذي يتطلب قدرة على (تكوين المفاهيم) فقد كان أداؤها فيه ضعيفاً وحصلت على ٧ درجات. وقد اتضح أيضاً عجزها هذا عن التجريد في التحليل الكيفي لاستجاباتها في اختبار المفردات فقد كانت درجتها فيه ٨ ولكنها حصلت على هذه الدرجة من تعريفاتها لكلمات مثل «عجلة» و«سكينة» و«حصان» ولكنها لم تستطع أن تعرف كلمات مثل

« شجاعة » أو « حكاية ».. أي أنها أجابت بموضوعات عيانية واخفقت بموضوعات تجريدية[١٠].

وأما في الجزء العملي فقد حصلت في اختبار تكميل الصور على (١٢) درجة. وهذا الاختبار يحتوي على صور ناقصة، والمطلوب أن يتعرف المفحوص على هذا الجزء الناقص. وقد كان أداؤها في هذا الاختبار ممتازاً. وفي ترتيب الصور حصلت على (١٣) درجة، إذ كانت تنجز المطلوب منها بسرعة وبدقة. وأما في اختبار رسوم المكعبات فالمطلوب من المفحوص أن يرتب بعض المكعبات الملونة لكي تتطابق مع شكلٍ مرسوم على بطاقة أخرى أمامه، ويحتاج هذا الاختبار إلى مهارة بصرية حركية وقدرة على تكوين المفهوم، وقد حصلت في هذا الاختبار على (٩) درجات، ولكنها كانت تؤديه بسرعة وبأسلوب المحاولة والخطأ. كما كان أداؤها في تجميع الأشياء طريفاً. ففي الشكل الأول عندما شرح لها الأخصائي المطلوب منها استطاعت أن تجمع الشكل بسرعة وبسهولة. ولكنها في الشكلين الآخرين عندما لم يشرح لها الأخصائي المطلوب، كان أداؤها فيهما ضعيفاً وحصلت في النهاية على ١٠ درجات. أما في اختبار الشفرة فقد حصلت على ٩ درجات وكان أداؤها فيه ضعيفاً بالقياس إلى أدائها في الاختبارات الأخرى لأنها لم تفهم فكرة هذا العمل إلا بصعوبة.

يوضح لنا هذا الوصف لأداء هذه الطفلة في المقياس قيمة (التحليل الكيفي) لهذا الأداء، وفائدة تطبيق مقياس يتضمن اختبارات فرعية أخرى تقيس أبعاداً متعددة من القدرة العقلية. فمما لا شك فيه أن هذا الوصف يعطينا صورة لها معنى، وليس مجرد وضع (نسبة ذكاء كلية وكمية) فحسب. والواقع أن الأداء بهذه الصورة من الخصائص الأساسية التي تسم الأطفال المصابين بتلف في الدماغ Brain Damage. ويتفق هذا – إلى حد

ما - مع دراسة تاريخ هذه الحالة ومن المقابلات التي أجريت معها. فقد لاحظ الأخصائي بوضوح عدم قدرتها على الانتباه وشرودها باستمرار. وبعد أن طبق عليها بعض الاختبارات الإسقاطية خرج بنتيجة مؤداها أن هذه الطفلة نشطة وسويّة من الناحية الانفعالية، إلا أنها تشعر بالإحباط بسرعة وسهولة. وتوحي هذه الملاحظات بأن تخلفها الدراسي لا يرجع إلى اضطراب انفعالي بل إلى ضعف القدرة على التجريد. وقد لاحظ الأخصائي كذلك أن هذه الطفلة تتعرض لضغوط منزلية شديدة لكي تحقق مستوى تحصيلياً أعلى من قدراتها الفعلية. فقد كانت الأم حريصة أن تلحقها في المستقبل بكلية جامعية بينا كانت الطفلة تميل إلى العمل في أحد المصانع (وربما يتفق العمل اليدوي - إلى حد كبير - مع قدراتها العقلية المحدودة).

وبعد دراسة تاريخ هذه الحالة وإجراء مقابلة تشخيصية معها وتطبيق بعض مقاييس الذكاء والشخصية، وضع الأخصائي النفسي بعض التوصيات التي يمكن أن نوجزها بما يأتي:

١) يجب تخفيف الضغوط على هذه الطفلة سواءً في المدرسة أو في المنزل. وعندما تتقدم في عملها المدرسي يجب أن تواجه بالتشجيع والثناء، ولكن محاولات النقد المستمرة والسخرية من أدائها الضعيف لن يكون من ورائها طائل سوى اشعارها الدائم بالفشل: Failure Identity . كما يجب أن توجه في تعليمها وجهة تتعلم فيها الأعمال اليدوية ونبتعد بها عن أية دراسة تتضمن مواد رياضية أو أية عمليات فكرية تجريدية تحتاج إلى تركيز الانتباه. وليس المقصود بذلك أن لا تتعلم الرياضيات مطلقاً، ولكن إذا فشلت فيجب تقبل هذا الفشل ببساطة كواقع متوقع.

٢) هناك احتمال في أن تتقدم هذه الطفلة في تعلم اللغة. ولكنها لن تفهم القواعد اللغوية فهماً تاماً. معنى ذلك أن تعليمها يجب أن يشتمل دائماً على موضوعات عيانيّة دائماً. وعلى كل حال يجب أن تقبل هذه الطفلة - كما هي - وهي تستطيع أن تعمل بهمة وبسرعة إذا فهمت ما يطلب منها من أداء، ولكنها إذا لم تفهم فسوف تتخبط وتثور. ونظراً لأن قدرتها على الانتباه ضعيفة فيجب أن تقوم بالأعمال التي تتطلب انتقالاً سريعاً من عمل إلى آخر حتى لا نطالبها بتركيز انتباهها لمدة طويلة في عمل واحد.

٣) إذا رسبت هذه الطفلة في أية سنة من سنوات دراستها فيجب أن تتقبل الأسرة هذا الرسوب بوصفه (ضرورة) لها فائدتها، لأنها لن تستطيع مواصلة الدراسة في السنة التالية إلا إذا استطاعت أن تتمثل بنجاح كل مواد السنة السابقة. فإذا استطاعت الأسرة أن تتقبل هذه الطفلة بوصفها ضعيفة في أحد أبعاد قدرتها العامة خفّت إلى حد كبير معظم مشاكلها الانفعالية، لأنه سيترتب على ذلك تخفيف الضغوط الواقعة عليها وتشجيعها على التفوق في المهارات الحركية؛ الأمر الذي سوف يشعرها بالنجاح والثقة. وبهذه الطريقة فإنه من الممكن أن تصبح الفتاة مواطنة مثمرة منتجة. حقيقةً إنها لا تستطيع الالتحاق بالجامعة، ولكنها تستطيع أن تقوم القيام العادي بالأعمال التي تتناسب مع قدرتها العقلية بل وتتفوق بها[١١].

وقد حدّد العالم (ويكسلر) فئات الذكاء ونسبتها المئوية حسب الجدول التالي:

جدول (رقم ٩)

فئات الذكاء ونسبتها المئوية

(ويكسلر - بيلفيو)

الفئة	نسبة الذكاء	النسبة المئوية
١) الأذكياء المتفوقون جداً: Very superior	١٢٨ فأكثر	٢,٢
٢) الأذكياء المتفوقون: Superior	١٢٠ - ١٢٧	٦,٧
٣) العاديون الأذكياء: Bright-Normal	١١١ - ١١٩	١٦,١
٤) المتوسطون: Average	٩١ - ١١٠	٥٠,-
٥) العاديون الأغبياء Dull-Normal	٨٠ - ٩٠	١٦,١
٦) حالات هامشية: Borderline	٦٦ - ٧٩	٦,٧
٧) ضعاف العقول: Defective	٦٥ فأقل	٢,٢

[لاحظ الاختلاف في تحديد نسب الذكاء بين (بينيه - وويكسلر].

٢ - مقياس ويكسلر للراشدين (مراجعة ١٩٥٥) - وايز - Wechsler Adult Intelligence Scale: (WAIS)

إن نظرة متأملة متفحصة لهذا المقياس الجديد تجعلنا ندرك بأنه لم يتضمن أية مبادىء جديدة من حيث المضمون أو التكوين أو التنظيم أو التصحيح أو انحراف نسب الذكاء وفي تقديرنا أن التغييرات الطفيفة تتمثل بما يأتي:

أ - تحسين المضمون وزيادة عدد أفراد عيّنة التقنين.
ب - تحسين أساليب التطبيق والتصحيح.

وقد أجرى د. مليكة (١٩٦٠) دراسة في جمهورية مصر العربية لتقنين مقياس ويكسلر وبلغ عدد أفراد عينة التقنين (٣٢٨) فرداً وهي ممثلة لجمهور المتعلمين العام إلى حد كبير في حدود السن ما بين ٢٠ - ٣٤ سنة؛ وقد ظهرت الدرجات الموزونة الناتجة كما هي واضحة في الجدول التالي:

جدول (رقم ١٠) مجموع الدرجات اللفظية (٦) اختبارات والعملية (٤) اختبارات، والدرجات الكلية الموزونة

مجموع الدرجات	السن (٢٠ - ٢٤) (ن: ١١٤)		السن (٢٥ - ٢٩) (ن: ١١٢)		السن (٣٠ - ٣٤) (ن: ١٠٢)	
	م	ع	م	ع	م	ع
لفظية موزونة	٦٢,٦	١٤,٦٩	٦٠,١٢	١٣,٨٥	٥٦,٨٩	١٥,٩٠
عملية موزونة	٥٥,٦	٩,٢٤	٣٩,٧٥	٩,١٣	٣٦,٩٩	١١,١٠٠
كلية موزونة	١٠٥,٣	٢١,٧٣	١٠٠,١٠	٢١,٥٠	٩٣,٨٩	٢١,٥٩

أما فيما يرتبط بالاختبارات المكوّنة للمقياس فقد وجد ويكسلر بصورة عامة أن الاختبارات ترتبط بالمقياس ككل بدرجة عالية وأكبر المعاملات مع اختباري المفردات والمعلومات وأقلها مع إعادة الأرقام وتجميع الأشياء، ولكنها ترتبط فيما بينها بدرجة متوسطة، وأعلى الارتباطات بين الفهم العام والمتشابهات وأقلها بين إعادة الأرقام وتجميع الأشياء. ويتضح ذلك للقارىء من الجدولين التاليين (رقم ١١، ١٢).

جدول رقم (١١) يبين ارتباطات الاختبارات الفرعية بمقياس (وايز) كله في مستويات أعمار مختلفة(*)

مستويات الأعمار	١٨ - ١٩	٢٥ - ٣٤	٤٥ - ٥٤	٦٠ - ٦٤	٦٥ - ٦٦	٧٠ - ٧٤	٧٥ فأكثر
المعلومات	٠,٨٤	٠,٨٤	٠,٨٤	٠,٨١	٠,٨٣	٠,٧٦	٠,٧٨
الفهم العام	٠,٧٢	٠,٧١	٠,٧٧	٠,٧٠	٠,٦٦	٠,٦٦	٠,٧٠
الاستدلال الحسابي	٠,٧٠	٠,٦٦	٠,٧٥	٠,٧٥	٠,٧٧	٠,٧٣	٠,٧٣
المتشابهات	٠,٨٠	٠,٧٤	٠,٧٥	٠,٧٠	٠,٦٨	٠,٧١	٠,٦٦
إعادة الأرقام	٠,٦١	٠,٥٦	٠,٦٢	٠,٥٥	٠,٥٣	٠,٦٣	٠,٥٧
المفردات	٠,٨٣	٠,٨٢	٠,٨٣	٠,٦٩	٠,٨٠	٠,٨٢	٠,٧٣
رموز الأرقام	٠,٦٨	٠,٦٣	٠,٦٩	٠,٧٤	٠,٧٣	٠,٧٢	٠,٧٠
تكميل الصور	٠,٧٤	٠,٧٢	٠,٧٦	٠,٧٠	٠,٦٦	٠,٧٣	٠,٥٩
رسوم المكعبات	٠,٧٢	٠,٦٩	٠,٦٧	٠,٧٧	٠,٦٨	٠,٥٦	٠,٦٥
ترتيب الصور	٠,٦٨	٠,٧٢	٠,٧١	٠,٧٠	٠,٧٤	٠,٦٠	٠,٤٦
تجميع الأشياء	٠,٦٥	٠,٥٨	٠,٦٥	٠,٦٣	٠,٥٥	٠,٥٠	٠,٥٨

(*) Wechsler, D.; Measurement & Appraisal of Adult Intelligence, Baltimore, Williams & Wilkins Co.1958, p. 99.

جدول رقم (١٢) يبين الارتباطات الداخلية للاختبارات الفرعية في اختبار وكسلر - بلفيو (٣٥٥ مفحوصاً رجالاً ونساء)(*)

	المعلومات	الفهم العام	الاستدلال الحسابي	المتشابهات	إعادة الأرقام	رموز الأرقام	تكميل الصور	رسوم المكعبات	ترتيب الصور
الفهم العام	٠,٦٧	–							
الاستدلال الحسابي	٠,٦٠	٠,٥٢	–						
المتشابهات	٠,٦٨	٠,٧٢	٠,٦٠	–					
إعادة الأرقام	٠,٤٨	٠,٤٤	٠,٤٤	٠,٣٨	–				
رموز الأرقام	٠,٥٦	٠,٤٨	٠,٤٣	٠,٥١	٠,٥٤	–			
تكميل الصور	٠,٤٧	٠,٤٦	٠,٤٠	٠,٤٦	٠,٣٠	٠,٤٠	–		
رسوم المكعبات	٠,٤٩	٠,٤٧	٠,٥١	٠,٥٤	٠,٤٠	٠,٥٤	٠,٥٧	–	
ترتيب الصور	٠,٣٨	٠,٤٩	٠,٣٧	٠,٤٩	٠,٢٦	٠,٤٤	٠,٣٩	٠,٤٨	–
تجميع الأشياء	٠,٢٢	٠,٢٩	٠,٢٣	٠,٣١	٠,١٦	٠,٣٢	٠,٤٤	٠,٥٤	٠,٢٧

(*) wechsler, Ibid, p. 99.

جدول رقم (١٣): معاملات الارتباط الرباعية بين الدرجات الموزونة على اختبارات وكسلر - بلفيو وبينها وبين الدرجات الموزونة على المقاييس اللفظية والعملية والكلية (ن=١١٤ السن من ٢٠ إلى أقل من ٢٥)(*).

	الفهم	إعادة الأرقام	الاستدلال الحسابي	المتشابهات	المفردات	ترتيب الصور	تكميل الصور	رسوم المكعبات	تجميع الأشياء	رموز الأرقام	المقياس اللفظي	المقياس العملي	المقياس الكلي
المعلومات	٠,٦١	٠,٧٠	٠,٦٨	٠,٧٩	٠,٩٠	٠,٧١	٠,٨٢	٠,٧٠	٠,٥٣	٠,٦٠	٠,٩٥	٠,٧٩	٠,٩٤
الفهم		٠,٥٨	٠,٦١	٠,٨٤	٠,٦٧	٠,٢٥	٠,٥١	٠,٤٥	٠,١٤	٠,٣٢	٠,٨١	٠,٣٨	٠,٦٦
إعادة الأرقام			٠,٧١	٠,٦١	٠,٧٢	٠,٦٤	٠,٧٦	٠,٥٤	٠,٥٩	٠,٤١	٠,٨٥	٠,٦٧	٠,٨٠
الاستدلال الحسابي				٠,٤٨	٠,٧٨	٠,٥٢	٠,٧٥	٠,٤٨	٠,٣١	٠,٢٤	٠,٧٤	٠,٥٦	٠,٧١
المتشابهات					٠,٨٨	٠,٤٨	٠,٦٣	٠,٢٩	٠,١٧	٠,٤٣	٠,٩٢	٠,٨٠	٠,٨١
المفردات						٠,٦٦	٠,٧٦	٠,٤٤	٠,٤٦	٠,٥٤	٠,٩٦	٠,٧٣	٠,٩٠
ترتيب الصور							٠,٥٦	٠,٦٩	٠,٦٢	٠,٥١	٠,٧٠	٠,٨٨	٠,٨٥
تكميل الصور								٠,٥٥	٠,٦٣	٠,٤٠	٠,٧٧	٠,٨٩	٠,٩٠
رسوم المكعبات									٠,٥٤	٠,٣٤	٠,٥٧	٠,٨١	٠,٨٣
تجميع الأشياء										٠,١٢	٠,٤٦	٠,٧٧	٠,٦٢
رموز الأرقام											٠,٥٢	٠,٤٧	٠,٤٤
المقياس اللفظي (٦)												٠,٨٥	٠,٩٥
المقياس العملي (٤)													٠,٩٢

(*) مليكة (لويس كامل): الدلالات الإكلينيكية، ١٩٦٠، ص ١٧.

(جدول رقم ١٤)

جدول يمثل الأنماط العاملية للبحوث

(حول مقياس ويكسلر الأطفال والراشدين)

جدول (١٤) مقارنة الشكل العاملي لمستويات أعمار الأطفال لمقياس وكسلر لقياس ذكاء الأطفال ومقياس وكسلر لقياس ذكاء الراشدين[*]

الاختبارات الفرعية	WISC سن ٥ و ١٠					WISC سن ٥ و ١٣					مقياس الراشدين (صورةأ)				
العوامل	١	٢	٣	٤	ه٢	١	٢	٣	٤	ه٢	١	٢	٣	٤	ه٢
المعلومات	٦٩	-٠٧	٤٨	٢١	٧٦	٦٩	-٠٣	٥١	١٠	٧٤	٧٠	-١٠	٤٠	٢٥	٦٩
الفهم العام	٦٥	-٠١	٤٤	١٥	٦٤	٥٤	-٠٩	٤٨	٠١	٥٣	٧١	-٠٣	٤٣	١٢	٧٢
الحساب	٥٧	٠٤	٣١	٤٢	٦٠	٥٣	-١١	٣٦	٣٠	٥٠	٦٣	-٠١	٣٤	١٤	٥٤
المتشابهات	٥٨	-٠٩	٤٣	٢٢	٥٩	٦٦	٠٥	٤٨	٠٣	٦٦	٧٥	٠٦	٤٠	٠٦	٧٢
المفردات	٧٥	٠٨	٤٢	١٨	٧٩	٦٦	٠١	٥١	٠١	٧٠					
إعادة أرقام	٣٤	١١	١٠	٥٥	٤٥	٣٩	-٠٨	٢٥	٢٤	٢٨	٤٩	-٠٧	١٤	٤٤	٤٥
تكميل الصور	٥٧	٣١	١٥	-١٧	٤٧	٤٩	٤٩	٠٩	-٠١	٤٧	٦٠	٣٥	٠٨	٠٨	٥٠
ترتيب الصور	٥١	١٢	٢٢	٣٤	٤٥	٥١	٢٣	٠٠	٣٨	٥٢	٥٢	٢٢	٠٣	٢٦	٣٩
رسوم المكعبات	٦١	٤٩	٠٠	٢٢	٦٥	٦٠	٥٦	١١	-٠٢	٦٩	٦٩	٤٤	٠٢	١٦	٧٠
تجميع أشياء	٤٩	٥١	-٠٢	١٦	٥٤	٤٩	٥٥	٠٠	٠٦	٥٤	٤٨	٥١	-٠٥	-٠٧	٤٩
رموز أرقام	٣٣	٠٥	١٦	٣٨	٢٨	٤٣	١٣	١٤	٢٤	٢٨	٥٩	٠٦	٠٢	٥٤	٦٤
المتاهات	٥٠	٤٢	٠٠	١٣	٤٥	٤٤	١٧	-٠١	٥٥	٥٣					
متوسط النسبة المئوية للتباين	٣٢	٧	٨	٨	٥٥	٣٠	٩	١٠	٦	٥٥	٣٩	٦	٦	٧	٥٨

(*) Wechsler, Ibid, p. 119

جدول رقم (١٥) يبين العوامل العامة والدرجة الثانية للاختبارات الفرعية لوكسلر - بلفيو في مجموعات عصاب وفصام وضعف عقلي (*)

العوامل: الاختبارات	عامل (أ) لفظي			عامل (ب) غير لفظي			عامل (جـ) تشتت			(عوامل الدرجة الثانية)		
الفئات:	عصاب	فصام	ضعف	عصاب	فصام	ضعف	عصاب	فصام	ضعف	عصاب	فصام	ضعف
المعلومات	٥٩	٦١	٦٨	٠٦-	٠٤	٠٢-	٠٦	٠٤	٠٣	٧٤	٦٣	٦٧
الفهم العام	٥٣	٤٩	٥٨	١٣	١٠-	٠٢-	٠٢-	١١	٠٨-	٧١	٥٠	٤٧
إعادة الأرقام	٠١-	٠٧-	٠١-	٠٩-	١	٠٠	٥٣	٥١	٥٤	٥٧	٩٠	٥٣
عكس إعادة الأرقام	٠٤-	٢	٠	٠٥	١١-	٠٧-	٥١	٥٥	٦٩	٥٩	٦٣	٦٤
الاستدلال الحسابي	١٧	٣٣	٣٢	١٤-	١٨	٠٩	٤٥	١١	٣٤	٦٧	٥٧	٧٣
المتشابهات	٤٣	٥٥	٦٤	٠٣	٠٥	٠٣	١٤	٠٧	٠٤-	٦٩	٦٣	٦١
المفردات	٦٨	٦٦	٤٩	١٣-	٠١-	٠٩-	٠٢	٠٣	٠١-	٣٧	٥٧	٤٠
ترتيب الصور	١٠	٢٥	١٨	٣٦	٤٢	٦	٢٢	٠٦-	١١-	٥٧	٦٢	٥٣
تكميل الصور	٤١	٣٩	٢٢	٤٤	٥٣	٣٣	١٠-	٢١-	٠٣	٥٨	٦١	٥٠
رسوم المكعبات	٠٠	٠٥	٠٠	٤٤	٦٠	٧٣	٣٦	١٤	٠٥	٦٥	٦٧	٦١
تجميع الأشياء	٠٤-	٠١	٢١-	٧١	٦٤	٨٣	٠٤	٠٠	٠٤-	٣٥	٤٩	٤٠
رموز الأرقام	٠٢	٠٢-	٠٤	١٣	١٥	٤٠	٤٤	٤٤	٢٢	٦٢	٦٤	٥٣
عامل (أ)										٨٤	٦٨	٧٦
عامل (ب)										٤٥	٦٠	٦٤
عامل (جـ)										٨٤	٨٣	٧٨

(*) Wechsler Ibid, p 120

(جدول رقم ١٦)

(جدول تمثيلي للتحليلات العاملية في الأعمار المختلفة)

جدول رقم (١٦) يبين مقارنة التحليل العاملي لاختبار (وايز) للأعمار من ١٨ إلى أكثر من ٧٥ مع تدوير مائل للعوامل الأولية لأربع مجموعات أعمار رئيسية(*)

العوامل:	عامل (أ) لفظي				عامل (ب) غير لفظي				عامل (جـ) ذاكرة				عامل (د) تكميل صور				عامل (هـ) رموز أرقام		
الاختبارات / الأعمار:	١٨ - ١٩	٢٥ - ٣٤	٤٥ - ٥٤	٦٠ - ٧٥+	١٨ - ١٩	٢٥ - ٣٤	٤٥ - ٥٤	٦٠ - ٧٥+	١٨ - ١٩	٢٥ - ٣٤	٤٥ - ٥٤	٦٠ - ٧٥+	١٨ - ١٩	٢٥ - ٣٤	٤٥ - ٥٤	٦٠ - ٧٥+	١٨ - ١٩	٢٥ - ٣٤	٤٥ - ٥٤
المعلومات	٣٠	٢١	٣٦	٢٩	٠٩	-٦	٠٥	-٩	٠٤	١٠	١٠	٤١	٠٤	١٥	-٠٨	١٠	٠١	٠٢	-٠٣
الفهم العام	٣٣	٤٥	٢٧	٣٩	٠٨	٠٣	-٠٤	٠١	٠٩	-١٠	٨	٣٨	-٠٢	١١	٠٩	-١٠	-٠٨	-٠٧	-١٠
الاستدلال الحسابي	٠٩	٠١	٠٦	٠٤	١٠	٠	٠٢	٠٦	٣٢	٣٢	٣٣	٥٢	-٠٥	٠٦	٠٠	٠٨	٠٠	-٠٩	-٠٤
المتشابهات	٢٣	٢٠	٢	٤٢	-٠٧	-١٠	٠٦	١٠	٠٥	-٠٢	-١٠	١٠	٢١	١٥	٠٢	-٠٢	٠٠	١٧	٠٦
إعادة الأرقام	-١٠	-٠٥	-٠٦	٠٠	-٠٩	٠٣	٠٠	٠٩	٢٨	٢٤	٣٥	٤٥	٠٨	-٠٥	٠٢	٠٣	٢٦	١٠	٠٦
المفردات	٢٤	٤٨	٣٧	٣٧	-٠٩	٧	-٠٣	-٢	٠٩	-٠٢	٠٣	٥١	١٦	-٠٩	-٠٣	-٠٩	٠٧	٠٢	١٠
رموز الأرقام	٠٨	٠٤	٠١	-٠٦	١٤	٩	٠٤	٢٩	٠٨	-٠٢	٠٩	٢١	-٠٨	٠١	٠٠	٢٠	٢٤	٢٥	٣١
تكميل الصور	٠٧	٠٣	٠٤	٠٧	٠٩	٠٢	٠٥	٠٤	-٠١	-٦	٠٢	٠١	٢٩	٣٤	٢١	٣٨	-٠٦	٠٦	٠٠
رسوم المكعبات	-٠٣	-٠١	٠٠	٠٠	٣٤	٣٠	٣٥	٥٨	١٢	٠٧	٠١	٠٩	٠٣	٠٤	-٠٣	٠٠	٠٠	٠٠	٠٢
ترتيب الصور	١٤	٠٦	٠٠	٣٠	٢٤	٢٢	-٠٣	٢٠	-١٠	٠٩	-٠٢	-٠٩	٠٦	-٠٣	٢٢	٠١	٠٤	٠٤	٢٢
تجميع الأشياء	-٠٨	٠٠	٠٠	-٠١	٣٤	٤٥	٣١	٥٦	٠٥	-٠١	٠٠	-٠٣	٠٤	-٠٦	٠٤	٠٣	٠٨	٠٠	-٠٦

(*) wechsler, Ibid, p. 121.

جدول رقم (١٧)

جدول تمثيلي لترتيب المفردات حسب الصعوبة

جدول (١٧) المفردات مرتبة بحسب صعوبتها طبقاً للنسب المئوية المستخرجة من إجابات ٣٩٥ شخصاً في فئات السن عن ٢٠ إلى ٣٤ :

المفردة	النسبة المئوية	المفردة	النسبة المئوية
١- قمح	٩٧	٢٢- كثيف	٥٧
٢- جبل	٨٥	٢٣- ماذا	٥٦
٣- شقيق	٧٦	٢٤- ذنب	٥٦
٤- بجانب	٧٥	٢٥- متطرف	٥٥
٥- فندق	٧٥	٢٦- كوميديا	٥٥
٦- باكر	٧١	٢٧- محنة	٥٤
٧- قرية	٧٠	٢٨- تضميد	٥٢
٨- عاصمة	٦٦	٢٩- متناقض	٤٨
٩- مؤتمر	٦٦	٣٠- تمرد	٤٦
١٠- طوارىء	٦٦	٣١- قصاص	٤٥
١١- استعراض	٦٥	٣٢- اكتئاب	٤٤
١٢- صخور	٦٤	٣٣- نووية	٤٤
١٣- مشهور	٦٤	٣٤- صلم	٤٣
١٤- أمة	٦٤	٣٥- أسطورة	٤٣
١٥- كهل	٦٣	٣٦- جدوى	٤٢
١٦- برنامج	٦٣	٣٧- سراب	٣٨
١٧- قرض	٥٩	٣٨- معنوي	٣٨
١٨- تصنيع	٥٩	٣٩- فطرة	٣٨
١٩- استئصال	٥٨	٤٠- ترجمة	٣٥
٢٠- مكافحة	٥٨	٤١- طمس	٢٦
٢١- حلة	٥٧	٤٢- نصاب	٢١

(جدول رقم (١٨))

(جدول تحليلي للوظائف العقلية لاختبارات ويكسلر - بلڤيو الفرعية)

والبيان التالي تحليل للوظائف العقلية التي تتضمنها الاختبارات الفرعية الأحد عشر لمقياس وكسلر بلفيو والذي وضعه أردن فراندسن Arden Frandsen ، وأورده هادلي (Hadley, 1958)[١٢].

(التحليل الوظيفي للاختبارات الفرعية لوكسلر)

الاختبار	العمليات العقلية التي يتضمنها
(١) اختبار المعلومات	- قياس القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات التي سبق للفرد اكتسابها (الذاكرة البعيدة). - يعكس تنبه الفرد للعالم المحيط به، ومجاله الاجتماعي، وخبراته التربوية. - تقع الإجابات في كلمة أو كلمتين تتطلب تعلماً أو حلاً للمشكلات مباشرة، ويتطلب قليلاً من الصياغة والتنظيم للاستجابات. - ترابط الخبرة وتنظيمها.

الاختبار	العمليات العقلية التي يتضمنها
(٢) اختبار الفهم العام	- قياس القدرة على استخدام الخبرات السابقة (المعلومات العملية) في حل المشكلات ولكنه لا يتطلب كفاءة تحت عامل الضغط المحدود، أو إبداع حلول غير عادية. - يتطلب قدرة على الحكم واختيار البديل الملائم في تقرير كيفية مواجهة الموقف الواقعي. - الاستدلال مع التجريد (التحليل والتركيب الرمزيان). وتنظيم المعارف وتكوين المفهوم الكلي.
(٣) اختبار المتشابهات	- قياس القدرة على التفكير التصوري المجرد. - التمييز في الاختبار بين أوجه التشابه الأساسية والسطحية أو صياغة أوجه التشابه المحسوسة (العيانية). - الكشف عن التفكير المنطقي للمفحوصين وبيان الفروق الكيفية في مستويات استجاباتهم أو درجاتها وصحتها أو غرابتها وشذوذها. - تحليل العلاقات وتكوين التصورات اللفظية.

الاختبار	العمليات العقلية التي يتضمنها
(٤) اختبار الاستدلال الحسابي	- قياس القدرة على التفكير الحسابي. - استخدام التدريب السابق والخبرات السابقة (مستوى السنة الأولى الإعدادية في مصر) (أو الثالثة المتوسطة في الكويت) أو المعاملات المالية العادية في التفكير تحت ضغط عامل الزمن: - تأثر الدرجات بتذبذب الانتباه وردود الفعل الانفعالية. - التركيز.

الاختبار	العمليات الفعلية التي يتضمنها
(٥) اختبار إعادة الأرقام	- الاستدعاء المباشر. - الذاكرة والتخيل السمعي. - الذاكرة والتخيل البصري أحياناً.

الاختبار	العمليات العقلية التي يتضمنها
(٦) اختبار المفردات	- قياس القدرة على استدعاء المعاني اللفظية التي سبق اكتسابها. - تتطلب الاستجابات بعض التنظيم والصياغة للأفكار. - الكشف عن التباين والتنوع في نوعية الأفكار وأسلوب التعبير. - النمو اللغوي وتكوين المفهوم الكلي. -
(٧) اختبار ترتيب الصور	- القدرة على فهم (إدراك وتصور) الموقف الكلي وتقديره في تتابع الأحداث والقدرة على الإدراك البصري للعلاقات. - يتضمن التخطيط والتنظيم في تتابع منطقي. - التنظيم والتخطيط البصري.

الاختبار	العمليات العقلية التي يتضمنها
(٨) اختبار تكميل الصور	- القدرة على استخدام الخبرات الماضية، والقدرة الادراكية، والتصورية على فهم الصور ككل، وتحليل وتمييز التفصيلات الأساسية من غير الأساسية لتحديد الجزء الناقص في معرفة وظائف الأشياء. - يسمح بذكر اختبارات متعددة غير صحيحة ولكنها تبدو ممكنة، ولا يمثل ذلك معياراً قائماً بذاته للأداء.
(٩) اختبار رسوم المكعبات	- القدرة على إدراك وتحليل النماذج والقدرة على إدراك الشكل والوحدات المجردة في علاقاتها المتعددة (القدرتان التحليلية، والتركيبية) والتكامل. - المجهود المستمر تحت ضغط عامل الزمن المحدد، والانتقال الذهني وضرورة النقد الذاتي. - التآزر الحركي البصري.

الاختبار	العمليات العقلية التي يتضمنها
(١٠) اختبار تجميع الأشياء	- المبادأة في البحث عن هدف مجهول وتحقيقه. - تصور وإدراك شكل مألوف من أجزائه غير الكاملة (تركيب). - ضرورة توفر السرعة والمثابرة والانتقال الذهني والنقد الذاتي. - التآزر الحركي البصري والتخيل البصري.
(١١) اختبار رموز الأرقام	- الكشف عن السرعة الإدراكية، والتذكر، والقدرة عن تعلم الربط بين رموز غير مألوفة وأرقام مألوفة تحت ضغط عامل الزمن المحدد والانتقال المستمر للتهيؤ الذهني، والمثابرة على بذل الجهد والانتباه. - الدرجات المنخفضة تكشف عن الدافعية الضعيفة، والميل نحو الخلط نتيجة القلق. - التآزر الحركي البصري والسرعة الحركية النفسية.

المغزى والدلالات الإكلينيكية لمقياس
ويكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين

يعتبر العالم (فريمان) في مقدمة العلماء الذين تعرضوا إلى تحليل اختبار ويكسلر - بلفيو (تحليلاً نقدياً) مع توضيح دلالاته الإكلينيكية التي يمكن النظر إليها على ضوء الملاحظات التالية[١٣]:

١) نسبة الذكاء: إن نسبة الذكاء في اختبار ويكسلر - بلفيو تشير إلى مركز الفرد بالنسبة لمن هم (في سنه) من حيث القدرة العامة (الذكاء) أو قدرته العامة. فهي أولاً غير مميزة بين الأفراد في كثير من الحالات فالاتفاق في نسبة الذكاء لا يميز الأشخاص في المواقف المختلفة.

ونسبة الذكاء ليست ثابتة ثبوتاً مطلقاً. فليس بين المختصين الإكلينيكيين من يعتقد بأن نسبة ذكاء - ما - ثابتة منذ ميلاد الإنسان حتى وفاته. ومن الطبيعي أن يتوقف حجم التغير في نسبة الذكاء على الفترة الواقعة بين مرتي تطبيق الاختبارات. وهناك مسألة أخرى ترتبط بدلالة نسبة الذكاء في حالة الأفراد المضطربين انفعالياً أو الذين يبدو عليهم التدهور العقلي، فالواقع أن عدداً من الوظائف التي تقيسها الاختبارات يظل محتفظاً بمستواه على العكس من بعض الوظائف الأخرى. وعلى هذه الحالة يمكن أن نأخذ بنتائج هذه الاختبارات للدلالة على المستوى السابق للمرض.

٢) نسبة الذكاء اللفظية بالمقارنة بنسبة الذكاء العملية: إن من أهم خصائص اختبار ويكسلر أنه ينقسم إلى قسمين: مجموعة اختبارات لفظية،

وعملية. ولكن ويكسلر لم يبيّن في تقسيمه أن هنالك (أنواعاً مختلفة) من الذكاء. ولكنه بنى تقسيمه على أساس القدرة عند الأفراد في التعامل مع الأشياء أو مع الكلمات، سواء كان ذلك التعامل نظرياً أو نتيجة للتعود والتدريب، ولقد كشفت (التحليلات العاملية) عن أن هذا التجميع قد يرتبط بتقسيم ثنائي أساسي رغم ما بين الاختبارات الفرعية من تداخل. وعلى أية حال فالملاحظ أن القدرات المستنتجة من الاختبارات تكون تجمعات وظيفية: Functional cluster والاهتمام بها يساعدنا لفوائده الكبيرة في ميادين التوجيه المهني والتربوي وفي تقييم الشخصية: Personality Assessment; Vocational and Educational Counselling. وتشير البحوث إلى أن العجز: Impairment الذي ينتج عن الخلل العقلي يحدث في المجال العملي- بنسبة أكثر من حدوثه في المجال اللفظي. ويتضح هذا في حالات الذهان العقلي بجميع أنواعه، وإن تأثير الأمراض على الوظائف العقلية يحدث بدرجات متفاوتة.

ويرى - ويكسلر - أن هنالك فئتين إكلينيكيّتين تزيد فيهما نسبة الذكاء العملي على نسبة الذكاء اللفظي وهما فئة السيكوباتيين المراهقين (دون إصابة بالذهان) وفئة ضعاف العقول. وقد وجد - ويكسلر - أن الأفراد من ذوي الذكاء المرتفع يغلب أن تكون استجاباتهم للاختبارات اللفظية: Verbal and Abstract أفضل من استجاباتهم للاختبارات العملية. أما جلوك وجلوك فقد وجدا فرقاً بين درجات الذكاء العملي واللفظي بين الأسوياء والجانحين حيث يميل الجانحون لإحراز درجات أعلى في الذكاء العملي على العكس من الأسوياء الذين يتفوقون في الذكاء اللفظي.

وتؤثر (المهن Vocations) في ارتفاع وانخفاض درجات الاختبارات

اللفظيـة والعمليـة. وقد اتضح أن النجارين والمشتغلين على الآلات والمهندسين يحصلون عـلى درجات أعلى في الاختبارات العملية، أما المدرسين والكتاب والشعراء والفنانون فيحصلون على درجات أعلى في الاختبارات اللفظية – وفي اعتقادنا – لا يجوز أن نفسر الفروق ذات الدلالة بين درجات الاختبارات اللفظية والاختبارات العملية أو كل منهما على حدة (تفسيراً كمياً) محضاً دون الاهتمام بالمغزى (الكيفي) للأداء، ولا يمكن أن تؤخذ الاختبارات؛ وفروقها؛ على علاتها؛ بل يجب أن تفسر في ضوء (العوامل) التي يحتمل أن تكون قد أثرّت فيها.

٣) التشتت والتباين بين درجات الاختبارات: Test Scatter and Variability (Inter-Test Variability): التشتت في نتائج الاختبارات يعني وجود فوارق واضحة بينها؛ فالفرد قد يؤدي في بعضها نجاحاً ملحوظاً وفي بعضها الآخر فشلاً واضحاً. وقد أكد العالم (رابابورت: ١٩٤٦) وغيره من العلماء بأن التشتت يزداد بازدياد (سوء التوافق). كما وجد تشتت خاص بالمفردات Vocabulary Scatter ويحسب عن طريق الفروق بين الدرجة على كل اختبار فرعي والدرجة على اختبار المفردات.

الفئات الإكلينيكية: تمكن ويكسلر(*) من تقديم الفئات التالية:

أ- **أمراض المخ العضوية:** وتشمل إصابات المخ، وإدمان الكحول المزمن؛ ويتفوق أداؤهم في الاختبارات اللفظية ويهبطون في الاختبارات العملية؛ ويظهر التدهور في اختبار رموز الأرقام ورسوم المكعبات.

ب- **الفصام:** (الزكتسوفرينيا): يؤثر الفصام في الكفاية العقلية للمريض، ويظهر هذا في انخفاض درجات المريض في معظم الاختبارات الفرعية التي تتطلب توجيه جهد مباشر نحو هدف. وترتفع اجابات مرضى

الفصام في المعلومات والمفردات. ويفشلون في الأسئلة السهلة والخلط في التعريف. وتظهر لديهم إدراكات محرفة أو خلطية في ترتيب الصور وتكميلها وتجميع الأشياء. وهم عموماً يصرون الإصرار كلّه على صحة إجابات خاطئة.

جـ- فصام البارانويا: يتميز أفراد هذه الفئة بهبوط عام في الاختبارات العملية، ولكن رسوم المكعبات تكون أعلى الدرجات وتظهر تحريفات إدراكية في ترتيب الصور وتكميل الصور.

د- الفصام البسيط: يظهر الفصام البسيط ارتفاعاً نسبياً في اختبارات التناسق البصري الحركي الثلاثة (رسوم المكعبات، وتجميع الأشياء ورموز الأرقام) إذا قورنت باختبارات المقياس اللفظي وترتيب الصور. ويظهر نقص في القدرة على التركيز، وانخفاض في المعلومات والمفردات.

هـ- حالات القلق: ويظهر فيها ارتفاع في درجات المعلومات والفهم والمتشابهات والمفردات وانخفاض في درجات إعادة الأرقام وتكميل الصور وتجميع الأشياء ورموز الأرقام.

و- الهستريا: في الهستريا يتساوى الذكاء العملي مع الذكاء اللفظي؛ أو يرتفع العملي عن اللفظي، وتنخفض الدرجات نسبياً في الفهم.

ز- الاكتئاب العصابي والذهاني: في حالات الاكتئاب يبدو انخفاض في الاختبارات العملية وعلى الأخص البصرية والحركية ويزداد الانخفاض في المفردات والمعلومات.

ح - الضعف العقلي: ارتفاع في تجميع الأشياء والمتشابهات وانخفاض في المعلومات والحساب.

ط- الجانحون (السيكوباتيُّون المراهقون): الذكاء العملي أعلى من اللفظي ومجموع ترتيب الصور أعلى من رسوم المكعبات وتكميل الصور.

خصائص الفئات الإكلينيكية: جدول رقم (١٩)

خصائص الفئات الاكلينيكية على اختبار وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين (عن Wechsler, 1958 ولويس مليكة ١٩٦٠)

الفئات (*) الاكلينيكية / الاختبارات	أمراض المخ العضوية	الفصام	الفصام البسيط	السيكوباتيون المراهقون الجانحون	اضطراب الطبع النرجسي
المعلومات	+	+ إلى + +	صفر -	- إلى - -	
الفهم	+(ما عدا حالات الشلل العام)	+ إلى -	صفر صفر	صفر إلى -	
الحساب				-	
إعادة أرقام	- - (نجاح في إعادة العكس)	+ إلى صفر	صفر صفر	صفر إلى -	
المتشابهات		+ إلى - - (حسب نوع الفصام)	صفر	- إلى صفر	
المفردات	+ +	+ +	صفر +	صفر	
ترتيب الصور	صفر إلى -	- إلى صفر	صفر -	+ + إلى +	
تكميل الصور	صفر	صفر إلى - - (حسب نوع الفصام)	صفر صفر أو صفر	+ إلى صفر	
تجميع أشياء	صفر إلى - - (حسب نوع العجز)		صفر صفر	+ + إلى صفر	
رسوم مكعبات	- - إلى صفر (حسب نوع العجز)	صفر إلى +	صفر صفر أو صفر +	+ إلى صفر	
رموز أرقام	- -		صفر - أو - - صفر	صفر إلى -	
اللفظي والعملي	اللفظي أعلى من العملي	اللفظي أعلى من العملي		العملي عادة أعلى من اللفظي	العملي معادل أو يفوق اللفظي خاصة إذا كانت درجة ترتيب الصور مرتفعة نسبياً ودرجة الحساب منخفضة نسبياً
تشتت الصفحة النفسية	إذا حذفنا اختبارين أو ثلاثة يحتمل أن يكون أداء المفحوص فيها منخفضاً فإن تشتت الاختبارات يكون ضئيلاً	تشتت كبير خاصة بين الاختبارات اللفظية.			
ملاحظات	تشمل هذه الأمراض أيضاً الإفراط في ادمان الخمور وتظهر أكثر الأعراض شيوعاً في المجال البصري الحركي ونقص الذاكرة، وعجز القدرة على التحول من أداء لآخر وفي تدهور القدرة التنظيمية، والتركيبية.	مجموع ترتيب الصور والفهم أقل من مجموع المعلومات ورسوم المكعبات تجميع الأشياء أقل بكثير من المعلومات ورسوم المكعبات انخفاض المتشابهات مع ارتفاع المفردات والمعلومات دليل مرضي واضح. يؤثر الفصام في الكفاءة العقلية للمريض وينعكس هذا على الاختبارات التي تتطلب توجيه جهد مباشر نحو هدف ما بريد من تأثير التكوين العام والمرض.		مجموع تجميع الأشياء وترتيب الصور أكبر دائماً من مجموع رسوم المكعبات وتكميل الصور.	

(*) ارجع إلى الرموز المستخدمة في بيان درجات الانحراف.

تابع جدول (١٩): خصائص الفئات الإكلينيكية

	عصاب الوسواس القهري	الشخصية السوية	القلق	الهستيريا	الاكتئاب العصابي والذهاني	الضعف العقلي
المعلومات			+	ارتفاع المعلومات		صفر إلى -
الفهم			+	ارتفاع الفهم		+
الحساب			صفر إلى -			- -
إعادة أرقام			- لكن حسب التـو			- إلى صفر
المتشابهات			+			صفر إلى +
المفردات			+			+ إلى صفر
ترتيب الصور			صفر	ارتفاع اختبارات التناسق البصري الحركي عن باقي الاختبارات		صفر إلى -
تكميل الصور			-			صفر
تجميع أشياء			-			+ +
رسوم مكعبات			صفر			صفر إلى +
رموز أرقام			-			- إلى صفر
اللفظي والعملي	نسبة الذكاء اللفظي عادة شاذة أو ممتازة جداً		اللفظي أعلى من العملي	اللفظي يتساوى عادة مع العملي وإذا حدث ولم تنخفض درجة إعادة الأرقام فإن ذلك قد يشير إلى وجود أعراض مخاوف (هستيريا القلق والعكس هستيريا تحولية).	انخفاض جميع الاختبارات العملية خاصة البصرية الحركية عن المعلومات والمفردات، فإذا كان هذا في اختبار أو اثنين أو إذا ارتفعت رسوم المكعبات فيشير هذا إلى احتمال وجود العصاب.	
تشتت الصفحة النفسية			التشتت أقل مما في الذهان وأكبر مما لدى الأسوياء		التشتت في المقياس اللفظي أكبر في حالات الاكتئاب الذهاني منه في العصابي ودون انخفاض الفهم والمتشابهات والحساب عن المعلومات والمفردات.	يشير ارتفاع التشتت بين الاختبارات وداخل كل اختبار إلى اضطراب انفعالي وعكس ذلك يكون مصحوباً بذهان أو مسبوقاً به.
ملاحظات	ارتفاع درجة المعلومات والمفردات مع انخفاض نسبي عادة في درجة الفهم والاختبارات العملية	ينصب الاهتمام على دراسة الخصائص المميزة للفرد في حالة التوافق وفعالية محاولات التوافق	الحساب وإعادة الأرقام أكثر حساسية ويؤدي القلق إلى العجز والتشتت وتعطيل العمليات الذهنية عن أداء وظائفها.	١ - سلوك طفلي ساذج وخاصة في نواحي جنسية ٢ - تعطيل التفكير ٣ - تزداد الدلالة إذا انخفضت درجة المعلومات وفشل في الأسئلة الصعبة وحدث تشتت في الأسئلة السهلة. ٤ - تزداد الدلالة إذا كانت اجابات الفهم ذات طابع خلقي أو تميزت بالسذاجة	من ناحية التحليل الكيفي تبدو عدم الثقة في الاستجابات الذهنية.	إعادة الأرقام بالعكس تكون من - إلى - - ويصعب على ضعاف العقول فهم المطلوب، ارتفاع رسوم المكعبات مع الاستدلال الحسابي يشير إلى احتمال عدم وجود ضعف عقلي.

ملاحظات اضافية حول اختبار ويكسلر للأطفال

اتفق النقاد عموماً بأن اختبار ويكسلر للأطفال بين السن (٥ - ١٥) يسير على نفس النسق لاختباره للراشدين ويتميز بثرائه وكفايته دون أن يسبب مللاً للأطفال أو جهداً كبيراً للأخصائي. وقد قنن المقياس في الولايات المتحدة الأمريكية على (١٠٠) طفل من الذكور و (١٠٠) من الإناث لكل سن زمنية؛ فبلغ عدد أفراد العينة كلها (٢٢٠٠) وجميعهم من المدارس إلا (٥٥) طفلاً من مؤسسات ضعاف العقول، والعينة ممثلة لسكان أمريكا لإحصاء ١٩٤٠.

معامل الثبات: حسبت معاملات الثبات للأعمار (٧ ½، ١٠ ½، ١٣ ½) وكل سن تتكون من ٢٠٠ طفل. وكانت معاملات الثبات للمقياس بأكمله هي ٠,٩٢، ٠,٩٥، ٠,٩٤ والمقياس اللفظي ٠,٨٨، ٠,٩٦، ٠,٩٦ والمقياس العملي ٠,٨٦، ٠,٨٩، ٠,٩٢ وهكذا فإن ثبات المقياس يعتبر عالياً حيث تم قياس ثباته على أساس التجزئة النصفية وحسبت معاملات الارتباط بين الاختبارات والمقاييس اللفظية والعملية والكلية.

معامل الصدق: تبين أن معاملات الارتباط الداخلية بين الاختبارات الفرعية لم تكن عالية كما كان متوقعاً. ففي مستوى الأعمار ١٠ ½ تراوحت المعاملات بين ٠,٣٠ و ٠,٤٠ وكانت في السن ٧ ½ بين ٠,٢٠ و ٠,٣٠ وتدلنا البيانات من الجداول الإحصائية وجود ارتباط عالٍ بين ستانفورد- بينيه ومقياس ويكسلر الكلي يتراوح بين (٠,٦٨ - ٠,٨٢)[١٤].

ملاحظات فريمان النقدية حول مقياس ويكسلر:

يرى العالم (فريمان)[١٥] أن مقياس ويكسلر هو إضافة جيّدة قيمة للأدوات الأخرى في القياس الفردي. ورغم أن الفائدة منه تكمن في عدم اعتماده على مفهوم (العمر العقلي) كما فعل سابقاً بينيه؛ فقد تبين بعد ذلك أن من الأفضل وجود مقابلات للعمر العقلي، فهذا المفهوم مفيد للغاية في التفسير النفسي الإكلينيكي. وإن الانخفاض النسبي لثبات بعض الاختبارات الفرعية يدلنا على الحذر البالغ في استخدام المبيان النفسي في التشخيص الإكلينيكي أو التوجيه والإرشاد النفسي. هذا مع اعتبار أن معاملات الثبات اللفظية والعملية والكلية مرضية إلى حد بعيد. ومن الضروري إجراء المزيد من البحوث المنظمة لإثبات (الصدق التنبؤي) للمقياس للأغراض التربوية. وقد أظهرت البيانات المتاحة حالياً أن فروق نسب الذكاء بين مقياس (ويسك) ومقياس (ستانفورد - بينيه) دالة Significant في بعض الأحيان؛ ولكن ينبغي الحذر من استخدام أحد المقياسين بديلاً للآخر.

وكانت حدود نسب الذكاء لمقياس (ويسك) الكلي تتراوح بين (٤٦ - ١٥٤) وهذا يعني أن المقياس لا يكون دقيقاً تماماً في قياس من يقلون أو يزيدون عن هذا المدى وهم بطبيعتهم نسبة قليلة من أفراد المجتمع.

ولا يقتصر المقياس على تقدير نسب ذكاء الفرد فحسب بل يجب على الأخصائي - في اعتقادنا - القيام بإجراء ملاحظات كيفية وكمية أثناء الأداء، فالدرجة المنخفضة في الحساب ليست دوماً ضعفاً ذكائياً كما يشير المدلول الكمي فقد تكون حرماناً من فرصة تربوية متاحة لطبقة معينة في

المجتمع وغير متاحة لأطفال من طبقة فقيرة. وقد تكون عجزاً في (القدرة العددية للطفل) أو سوءاً في أسلوب المدرس أو برامج التعليم المدرسية أو خللاً في حاسة من حواس الطفل.

إن اختبار ويكسلر - في اعتقادنا - يمتاز بثبات وصدق مقبولين؛ وتعتبر معاملات الارتباط بين اختباراته الفرعية ذات ارتباطات موجبة ولكنه يعطينا نسبة ذكاء الفرد بالمقارنة (لمن هو في سنه) أو (القدرة العامة) ولكنه (لا يميز بين الأفراد) في كثير من الحالات. فالاتفاق في نسبة الذكاء لا يميز الأشخاص في (المواقف المختلفة) فقد يتفقون في نواحٍ محدودة جداً؛ ويختلفون في نواحٍ أخرى كثيرة.

إن مقياس ويكسلر في الحقيقة هو مقياس قدرة Ability حيث تزداد البنود صعوبة بالتدريج وهو اختبار سرعة Speed Test لأن السرعة تقدر بدرجات أعلى؛ ورغم الارتباط الموجب العالي بين السرعة والقدرة (Speed and Ability) فإن من الخطأ اغفال البطء في زمن الاستجابة لدى الكبار ممن يتقدّم بهم العمر وهذا التناقص بسرعة الاستجابة عند الراشدين لا يعني مطلقاً - في اعتقادنا - (تناقصاً في قوتها) ولذلك يحسب معامل التدهور ويجب دوماً أن يؤخذ بعين الاعتبار. ومن نقاط النقد الموجهة ضد اختبار ويكسلر هو أن حدّة البصر لها تأثير بارز في اختبارات ترتيب الصور وتكميلها فضلاً عن (العمى اللوني) كعامل مؤثر في اختبار رسوم المكعبات.

و- في اعتقادنا - أن ثمة حاجة ملحة إلى تعديل شامل في بنود الاختبارات الفرعية لتتناسب عند تطبيقها مع (التطور الحضاري) لنفس المجتمع سواء كان بريطانياً أو أمريكياً أو استرالياً للراشدين والأطفال ممن تعتبر اللغة الانكليزية (اللغة الأم) عندهم.

أما قضية ترجمة الاختبار ومحاولات تقنينه على عينات وبيئات عربية فهي عملية نقل حضاري تحتاج إلى الكثير من الدقة والتنقيح ومراعاة الفوارق اللغوية والحضارية ومدلولاتها التي تختلف اختلافاً كلياً من بيئة لبيئة ومن لغة إلى لغة، ومع ذلك فهي خطوة أولية على الطريق الطويل لا بد أن نقابلها بالتقدير والتشجيع والحذر.

أهداف وغايات تطبيق اختبارات الذكاء عند جارفيلد ١٩٥٧

يؤكد العالم (جارفيلد: Garfield 1957) في كتابه الشهير (مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي[١٦])أن هناك أربعة أهداف رئيسية لتطبيق اختبارات الذكاء المقنّنة ويمكننا تلخيصها بالنقاط التالية:

١) تقدير المستوى العقلي العام: وهو أكثر الأهداف أهمية بغرض بيان نسبة الذكاء أو العمر العقلي، ويترتب على تحديد القدرة العقلية العامة جوانب تطبيقية متعددة لتوضيح طبيعة مشكلة المفحوص من الوجهة الإكلينيكية، كأن يوجه دراسياً أو مهنياً أو لتحديد مستوى التخلف العقلي. وكذلك مدى استعداده لأنواع العلاج المختلفة وأسلوب التعامل معه في العلاج والإرشاد والتوجيه.

٢) دلالات اضطرابات الشخصية: ويظهر ذلك من الأداء - غير المنظم - للمفحوص كالفشل في البنود السهلة، والنجاح في البنود الأكثر صعوبة، والاستجابة الغريبة غير المعتادة، كما تظهر بعض جوانب أخرى مثل ضعف الذاكرة أو فقدانها الوظيفيين أو صعوبة القراءة؛ وفقدان القدرة على الكلام.

٣) **دلالات القدرات الخاصة وحدودها:** توضح اختبارات الذكاء نوعية القدرات الخاصة التي يتميز بها المفحوص كاللغوية أو الحسابية أو الاستدلال أو الميكانيكية وغيرها، كما يحدد مدى تمكن المفحوص من كل منها. هذا بالإضافة إلى اختبارات الاستعدادات الخاصة الموضوعة لهذا الغرض.

٤) **الملاحظة السلوكية في موقف مقنن:** إن ملاحظة سلوك المريض في موقف مقنن خاصة إذا طلب الأخصائي الإكلينيكي بعض ايضاحات عن أداء المفحوص في موقف الاختبار فهذا يساعد على فهم المريض كما يظهر بعض المفحوصين تبريراً لاستجاباتهم غير المعتادة وقد يرغبون في الحصول على رضاء الأخصائي عن اجاباتهم، والاستبصار في الأداء والتوتر البالغ وتركيز الانتباه وغيرها مواقف يمكن ملاحظتها أثناء التطبيق وهي ذات آثار هامة في التقييم.

ومهما اتفق العلماء أو اختلفوا حول أهمية اختبارات الذكاء فهي تبقى - اختبارات ذكاء محدودة - ويصبح مردودها التربوي أكبر من مردودها الإكلينيكي بالمقارنة مع اختبار مانيسوتا والرورشاخ وغيرها[١٧].

حواشي الفصل الثالث عشر

(١) كان الطبيب د. حسن عمر في مصر أول من طبق اختبارات الذكاء (١٩٢٩)؛ ثم طبقها العالم اسماعيل القباني على عينة من (٤٠٠) حالة بالتعاون مع العالم (كلاپاريد) وتلك خطوة رائدة.

(2) Sundberg, N.D: The Practice of Psychological Testing in Clinical Sevices in the U.S.A. Amer; psychol., 1961, vol. 16, pp. 79 – 83.

(٣) انظر: د. عطوف محمود ياسين: (اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال) ١٩٨١.

(٤) راجع: د. عطوف محمود ياسين: (اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال) ١٩٨١.

(٥) راجع: د. عطوف محمود ياسين: اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال.

(٦) كشفت الدراسات في دراسات التوائم المتماثلة أن معاملات الارتباط بين نسب ذكائها تبلغ (٠,٩٠) وبين غير المتماثلة (٠,٧٠) وبين الإخوة (٠,٥٠) وبين الوالدين والأبناء (٠,٥٠). ويتشابه أفراد الأسرة في درجة ذكائهم ويزداد التشابه كلما ازدادت القرابة.

(٧) راجع مكتبة النهضة المصرية - القاهرة - ١٩٥٦ - مقياس ويكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين: ترجمة: لويس مليكة وعماد اسماعيل.

- راجع نماذج التصحيح وجداول الدرجات الموزونة - مطبعة دار التأليف - القاهرة - ١٩٦٠.

(٨) ابتكرت (الاختبارات العملية) كما سنعرضها مفصلاً فيما بعد؛ للتغلب على مشكلات اختبار الصم والبكم والأميين وذوي العاهات النطقية واللفظية والمنفصلين عن الدراسة والمعوقين في القدرة اللغوية وكلهم لا يمكن أن تؤدي (الاختبارات اللفظية) أي فائدة لهم.

(٩) وجد العالم (جوديث كروجان:Judith Krugman)أن معامل الارتباط بين W.C.I.S في جزئه اللفظي وستانفورد - بينيه ٠،٧٤ ، وبين الجزء العملي فيه وستانفورد - بينيه ٠،٦٤ وبينه وبين المقياس ككل ٠،٨٢ .

(١٠) لقد تعمدنا أن يكون عرضنا للمثال (عرضاً إكلينيكياً) ليجد القارىء والباحث والطالب (صورة عملية للتطبيق) كنموذج للممارسة وبذلك تندمج المعرفة النظرية بالدراسة العملية للحالات.

(١١) يلاحظ من اقتراحات هذا الأخصائي النفساني مدى (حرص) المجتمعات المتقدمة على عدم خسارة الطاقة البشرية حتى لو كانت متخلفة. ونحن في (العالم الثالث) لم يتكون لدينا الشعور بالاهتمام بالأفراد (العاديين) فضلاً عن إبعاد المتفوقين والنابغين عن مجالات التوجيه والقيادة. وهكذا تدور عمليات التنمية في بلادنا منذ مئة سنة في حلقات مفرغة حتى نقدر (قيمة الإنسان) كخالق لعملية الإنتاج، ونموذج يعيش (حالياً) بلا كرامة، وبلا حقوق.

(12) Hadley, J.M: Clinical + Counselling Psychology, New York, knopf, 1958.

(13) Freeman, F.S: Theory and Practice of Psychological Testing. New York, Holt Pinehart + Winston, 1962, U.S.A.

* انظر لوحات الفئات الإكلينيكية المأخوذة عن ويكسلر ١٩٥٨ ومليكة ١٩٦٠:

(14) Wechsler, David: The Measurement and the Appraisal of Adult Intelligence. Baltimore, Williams and Wilkins, 1958.

(15) Freeman, F.S: Theory and Practice of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962. pp. 335 – 338, U.S.A.

(16) GARFIELD, S.L: Introductory Clinical psychology, New York, Macmillan, Co, 1957.

(١٧) راجع: د. عطوف محمود ياسين. (اختبارات الذكاء تحت مطارق النقد). في كتاب: اختبارات الذكاء والقدرات العقلية بين التطرف والاعتدال.

الفصل الرابع عشر

تقييم الشخصية وقياسها

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد...

أولاً- الاختبارات الموضوعية للشخصية:

١- اختبار الشخصية السوية (كاليفورنيا).

٢- اختبار الشخصية للأطفال (كاليفورنيا).

٣- اختبار الشخصية (برونرويتر).

٤- اختبار (مانيسوتا) المتعدد الوجوه للشخصية.

ثانياً: الاختبارات الإسقاطية للشخصية:

١- الأساليب الإسقاطية وخصائصها العامة.

٢- اختبار تداعي الكلمات.

٣- اختبار تكملة الجمل.

٤- اختبار رسم الشخص.

٥- اختبار تفهم الموضوع: (للأطفال والكبار).

٦- اختبار الرورشاك.

- نماذج لاستجابات أبرز الفئات الإكلينيكية.
- مشكلة (الصدق) في اختبار الرورشاخ.
- دراسات وأساليب لثبات الرورشاخ.
- اختبار الرورشاخ في الميزان.
- تطوير عملي لاختبار الرورشاخ.
- مجهودات آيزينك وتبسيطاته.
- اختبار هولتزمان الجديد لبقع الحبر.
- مصادر هامة للاختبارات الإسقاطية والرورشاخ.

الفصل الرابع عشر:

قياس الشخصية وتقييمها

Personality Assessment

تمهيد:

تعتبر دراسة الشخصية وتقييمها من أبرز مهات الأخصائي الإكلينيكي لأنها تأتي مباشرةً بعد قياس الذكاء من حيث الأهمية والضرورة.

وسنبدأ من هذا الفصل بالتركيز على أبرز (الاختبارات الموضوعية) للشخصية، ثم ننتقل (للاختبارات الإسقاطية):

(١) الاختبارات الموضوعية:

١ - اختبار الشخصية السوية (كاليفورنيا)

٢ - اختبار الشخصية للأطفال (كاليفورنيا)

٣ - اختبار الشخصية (برونرويتر)

٤ - اختبار الشخصية المتعدد الوجوه (مانيسوتا)

ويضيق بنا المجال في عرض اختبارات الميول والاتجاهات والقيم والعلاقات الاجتماعية.

هذا وسنتناول بعدها (الاختبارات الإسقاطية) وغيرها من الأدوات التي تعالج عملية التشخيص والتقييم.

ولعل (الأسئلة الأولية) التي تطرح نفسها أمام الأخصائي منذ البداية تتضمن ما يأتي:

١ - ما هي أهم خصائص شخصية المريض؟

٢ - ما هي نواحي الانحراف والعلل والحالات السوية في شخصيته؟

٣ - ما هي أهم المشكلات الملحة وأكثرها أهمية؟

٤ - ما هي التنبؤات المستقبلية حول التطور النفسي للفرد؟

٥ - ما هي أفضل أنواع العلاج الملائم على ضوء نتائج الاختبارات التي أجريت عليه؟ وعلى ضوء دراسة الحالة والمقابلة؟

٦ - ما هي الخطة الإجرائية - العملية لمتابعة العلاج وتقييمه الدوري؟

ولن يتمكن الأخصائي من تكوين صورة شاملة ومتكاملة لشخصية المريض بسهولة وبساطة لأن (نظريات الشخصية المتعددة) تحتم علينا استخدام (أساليب متعددة) لقياس الشخصية. فنظرية التحليل النفسي تركز على المقابلة الشخصية العميقة؛ أو الاختبارات الإسقاطية Projective Tests التي تعكس الأبعاد اللاشعورية المؤثرة في السلوك عن طريق إسقاط الفرد لمشاعره ورغباته على الآخرين ومثالنا على ذلك (اختبار تفهم الموضوع) في حين أن نظرية الذات لكارل راجرز تفضل استخدام المقابلة المتمركزة حول العميل؛ والاهتمام بما يذكره العميل:

Client عن نفسه وكذلك تفضل اختبارات مثل (اختبارات الذات) التي تكشف عن مفهوم ونظرة المريض إلى ذاته ومقارنتها بالذات الواقعية والذات المثالية. وهناك أصحاب (نظرية السمات) أو العوامل؛ مثل جوردون آلبورت، وبيرت، وآيزينك فهم يفضلون تقييم خصائص الفرد وسماته الذاتية عن طريق (اختبارات سمات الشخصية) سواءً كانت سوية أو منحرفة.

ويقوم الاختلاف أيضاً بين العلماء على استخدام نوعيات خاصة من الاختبارات في تقييم الشخصية طبقاً لمجالاتهم العملية؛ فالعاملون في ميدان التوجيه التربوي والمهني منهم يهتمون (باختبارات الميول والقيم والاتجاهات) فضلاً عن اختبارات الشخصية. أما النفسانيون العاملون في العيادات والمستشفيات فإنهم يفضلون استخدام الاختبارات الإكلينيكية التي تهتم بالنواحي الباثولوجية أكثر مما تعرض السمات السوية كما يستخدمون أيضاً الاختبارات الإسقاطية.

- وفي تقديرنا - لا بد أن يقوم الأخصائي بدراسة كل نوع من أنواع الاختبارات التي يتناولها دراسة تامة ويجيد تطبيقها، وتصحيحها، وتفسير نتائجها؛ ويعرف معرفة دقيقة مدى ثباتها وصدقها وصلاحيتها للحالة التي بين يديه.

وبعد هذا التمهيد الأساسي سنتناول:

(١) الاختبارات الموضوعية للشخصية بأنواعها: Objective

(٢) الاختبارات الإسقاطية بأنواعها: Projective

(١) الاختبارات الموضوعية للشخصية (عرض ونقد):

مقياس الانحرافات العصابية: (ود وورث Wood Worth ١٩١٧):

يتكون هذا الاختبار من (١١٦) سؤالاً ينتهي كل سؤال بإجابة (نعم أو لا) وقد تمكن (وود وورث) من عزل المضطربين انفعالياً عن غيرهم بحيث يعفون من الخدمة في القوات المسلحة الأمريكية وسمي هذا الاختبار (صحيفة البيانات الشخصية): Personal Data Sheet ويعترض بعض النفسانيين على هذا النوع من الاختبارات الذي تنتهي عباراته (بنعم أو لا) كاختبار مانيسوتا بأن قيمتها التشخيصية قيمة ضئيلة.

نقد (شافر ولازاروس) Shaffer + Lazarus ١٩٥٢:

يؤكد العالمان (شافر ولازاروس) في كتابها[١]؛ بأنه بأن شفافية الأسئلة في اختبار (وود وورث) وغيره من الاختبارات الموضوعية، تتيح للمريض أن يموه الصورة التي يكونها المختص عنه سواء كانت في الجانب الأفضل أو الأسوأ. وأن الاستجابات تعتمد على معرفة الإنسان لنفسه وكيف يتصرَّف في المواقف المختلفة. وأن على المريض أن يختار استجابة واحدة (نعم أو لا) وكأنها مفروضة عليه دون أن يتمكن من الإضافة أو التحفظ إزاء بعض الظروف أو المواقف. والاختبار أيضاً يحتاج من المجيب معرفة القراءة معرفة جيدة مع الفهم الدقيق وهذا لا يتوفر لدى عدد كبير من الأفراد العاديين.

وفي معظم - الاختبارات الموضوعية - نجد أن بعض الأسماء التي تطلق على الاختبار أو فروعه لا تنطبق تماماً على محتوياته، بل إن بعضها

يتداخل إلى حد كبير. فقد وجد - على سبيل المثال - في اختبار برونرويتر للشخصية المتضمن أربعة اختبارات فرعية وهي: الميل العصابي - والاكتفاء الذاتي - والانطوائية - والسيطرة؛ أن معاملات الارتباط بين هذه الاختبارات عالية وأن التحليل العاملي أثبت تشبع كل الاختبارات الفرعية بعاملين هما الثقة في النفس، والمشاركة الاجتماعية.

ويؤكد النقاد بأن هذه - الاختبارات الموضوعية - لا توضح الأسس والدوافع التي تجعل المفحوص يختار إجابة دون غيرها، وهذا بدوره يخفي جانباً حيوياً في تفسير سلوك المفحوص.

مزايا الاختبارات الموضوعية:

على الرغم من النقد الذي أثير حول - الاختبارات الموضوعية - فإن هنالك مزايا لها يمكن تلخيصها بما يأتي:

١ - اقتصادية وقليلة التكاليف والجهد لأنها تطبق على أساس جماعي ولأعداد كبيرة فهي تختصر الزمن والجهود والتكلفة.

٢ - تعتبر نسبياً حيادية وموضوعية حيث لا يتمكن الأخصائي من التدخل بآرائه وسلطته وأحكامه، وتظهر موضوعيتها حين تقارن بالأساليب الأخرى في تقييم الشخصية.

٣ - بسيطة التطبيق والتصحيح والتفسير ويمكن لتصحيحها استخدام الحاسب الاليكتروني (الكومبيوتر).

٤ - تستخدم هذه النوعية من الاختبارات في بداية التشخيص أو العلاج كمقدمة لتكوين (علاقة طيبة) بين الفاحص والمفحوص.

٥- تساعد على الكشف السريع لكثير من النواحي وتمكننا من التنبؤ المضبوط إلى حدٍ كبير.

(١) اختبار الشخصية السوية (كاليفورنيا): ١٩٥٢:

هاريسون. ج. غوف: Harrison. G. Gough

قام (هاريسون. ج. غوف) بإعداد هذا الاختبار منذ عام ١٩٥٢ ونشر هذا الاختبار للتطبيق العملي عام ١٩٥٧ وتمت آخر مراجعة له عام ١٩٦٩[٢،٣]. وقد أعد الاختبار للتطبيق على الأسوياء بين السن(١٢- ٧٠) للكشف عن خصائص الشخصية؛ وعدد بنود الاختبار (٤٨٠) بنداً؛ وتصحح آلياً وتصنف (منطقياً لا إحصائياً)؛ وقد اتضح بعد ذلك ملاءمة الاختبار للتطبيق في مجالات أخرى مثل (الجناح وذوي الميول اللاإجتماعية). وتنقسم مقاييسه إلى أربعة أقسام:

(١) مقياس العلاقات الاجتماعية: ويتضمن ستة أبعاد:

١- السيطرة: (Do) Dominance

٢- القدرة على بلوغ المكانة الاجتماعية: (Cs) Capacity For Status

٣- الميل الاجتماعي: (Sy) Sociability

٤- الحضور الاجتماعي: (Sp) Social Presence

٥- تقبل الذات: (Sa) Self Acceptance

٦- الشعور بالسعادة والرضاء النفسي: (Wb) Sense of Well-—Being

(٢) مقياس المسؤولية والنضج الاجتماعي: ويتضمن أيضاً ستة أبعاد:

١ - المسؤولية: Responsibility (Re)

٢ - المجاراة والنضج الاجتماعي: Socialization (So)

٣ - ضبط الذات - التحكم في النفس: Self Control (Se)

٤ - التسامح: Tolerance (To)

٥ - إظهار الذات في صورة مقبولة اجتماعياً: Good Impression (Gi)

٦ - مجاراة النمط الاجتماعي الشائع: Communality (Cm)

(٣) مقياس القدرة على التحصيل والكفاية العقلية: ويتضمن ثلاثة أبعاد:

١ - إجادة الإنجاز: Achievement Via Conformance (Ac)

٢ - الاستقلال في الإنجاز: Achievement Via Independence (Ai)

٣ - الكفاية العقلية: Intellectual Efficiency (Ie)

(٤) مقياس المزاج النفسي والميول:

ويتضمن أيضاً ثلاثة أبعاد:

١ - العقلية السيكولوجية Psychological Mindedness (Py)

٢ - المرونة: Flexibility (Fx)

٣ - الأنوثة: Femmininity (Fe)

وجدير بالذكر أن نشير أن كثيراً من بنود هذا الاختبار تم اختيارها من (اختبار مانيسوتا) المتعدد الوجوه. والإجابة فيه كما هي في مانيسوتا اختيار بين (نعم او لا) ويستغرق الاختبار بين (٤٥ - ٦٠) دقيقة عموماً[٤].

ويوجد لهذا الاختبار (مبيان نفساني ومعايير) Profile And Norms فقد طبق على (٦٠٠٠) من الذكور و (٧٠٠٠) من الإناث. وقد أجريت معاملات ثبات للمقاييس بطريقة إعادة تطبيق الاختبار، وكانت المدة الزمنية بين التطبيق الأول والثاني (سنة) وتراوحت (معاملات ثبات المقاييس) بين ٠,٥٧ ، ٠,٧٧ (طلاب ثانوي ن = ١٠١ ، طالبات ثانوي ن = ١٢٥).

أما (معاملات الصدق) لمقاييس الاختبار فقد أجريت مرات عدة. وكانت محكات الصدق تناسب كل مقياس على حدة، ومنها تقديرات الرؤساء والمدرسين والزملاء والأخصائيين النفسيين المهنيين.

(٢) اختبار الشخصية للأطفال (كاليفورنيا):

يهدف اختبار الشخصية للأطفال: California Test of Personality إلى تحديد أهم نواحي الشخصية عند الأطفال - فيما عدا - الاستعدادات العقلية، والتحصيل الدراسي، والمهارات التعليمية والمهنية المكتسبة من الأسرة أو المدرسة.

وقد قام بوضعه عام ١٩٤١ تايغس وكلارك وثورب:[٥] Tiges, Clark and Thorpe 1941 ويكشف الاختبار عن أبعاد (التكيف العام) الشخصي والاجتماعي:

(١) التكيف الشخصي: Self- Adjustment ويتضمن:

١ - اعتماد الطفل على نفسه: Self- Reliance

٢ - إحساس الطفل بقيمته: Sence of Personal Worth

٣ - شعور الطفل بحريته: Sence of Personal Freedom

٤ - شعور الطفل بالانتماء: Feeling of Belonging

٥ - التحرر من الميل للانفراد: Withdrawal Tendencies

٦ - الخلو من الأعراض العصابية: Nervous Symptoms

(٢) التكيف الاجتماعي: Social Adjustment ويتضمن:

١ - المستويات الأخلاقية الاجتماعية: Ethical Standards

٢ - المهارات الاجتماعية: Social Skills

٣ - التحرر من الميول المضادة للمجتمع: Anti-Social Tendencies

٤ - العلاقات في الأسرة: Family Relations

٥ - العلاقات في المدرسة: School Relations

٦ - العلاقات في البيئة المحليَّة: Community Relations

الثبات والصدق:

وقد طبق الدكتور عطية محمود هنا الاختبار في جمهورية مصر العربية

وتوصل إلى معاملات الثبات على البنين والبنات (ن = ٥٦٨) أعمارهم بين (٩ - ١٢ سنة) وتراوحت النسب بين ٠,٧٦ ، ٠,٨٩ ومتوسطها يبلغ ٠,٨٤ بطريقة (كودر - ريتشاردسون).

أما بالنسبة لصدق الاختبار فقد أشارت دراسة ارتباطية لدرجات بعض أجزاء الاختبار وتقديرات المدرسين وتراوحت المعاملات بين ٠,٧٨ ، ٠,٣٠ وأثبتت دراسة الدكتور أحمد غالي وجود علاقة بين اختبار الشخصية للأطفال (الدرجة العالية تشير للتكيف العام) واختبار الصحة النفسية (الدرجة العالية تشير إلى الانحراف (ن = ٢٤) وبلغ معامل الارتباط (- ٠,٦٥) مما دل على صدق الاختبار اعتماداً على محكات خارجية.

ويطبق الاختبار (جماعياً وفردياً) لأهداف إرشادية وتربوية للمعلمين؛ حيث يساعدهم على توجيه التلاميذ.

(٣) اختبار الشخصية (بيرنرويتر)

The Bernreuter Personality Inventory 1944

يتكون هذا الاختبار من (١٢٥) سؤالاً تنتهي بإجابة (نعم أو لا) ويوجد احتمال ثالث لمن يتردد على شكل إشارة استفهام (؟). وفي المقياس أربع سمات لقياس الشخصية وهي:[٦]

١ - الميل العصبي: Neurotic Tendency

٢ - الاكتفاء الذاتي: Self- Sufficiency

٣ - الانطواء - الانبساط : Introversion- Extroversion

٤ - السيطرة - الخضوع: Dominance - Submission

وقد أضاف العالم (فلانجان Flanagan) مقياسين آخرين هما:

٥ - الثقة بالنفس: Self Confidence

٦ - المشاركة الاجتماعية: Sociability

وقد أكدت الدراسات وجود معاملات ارتباط عالية بين أجزاء هذا الاختبار تقدر بين (٠,٨٠ - ٠,٩٠) وقد استخرج الدكتور نجاتي المعايير لهذا الاختبار لتطبيقها على طلبة المدارس الثانوية والجامعية.

(٤) اختبار مانيسوتا المتعدد الوجوه: M. M. P. I

The Minnesota Multiphasic Personality Inventory

وضع هذا الاختبار (هاثاوي وماككنلي Hathaway, S. R and Mckinley, J. C) ويعتبر اختبار مانيسوتا من أكثر استبيانات الشخصية انتشاراً في المجال الإكلينيكي، وأكثرها شيوعاً في المستشفيات والعيادات[٧]. ولهذا فإننا سنوجه إليه اهتماماً خاصاً.

يبلغ عدد عبارات هذا الاختبار (٥٥٠) عبارة تنتهي كل عبارة (بنعم أو لا) ولا يوجد احتمال ثالث. وتنقسم مقاييسه إلى قسمين: مقاييس الصدق - كضوابط أربعة - والمقاييس الإكلينيكية التي تتضمن عشرة أبعاد وهي:

المقاييس الإكلينيكية (مانيسوتا): وتتضمن عشرة مقاييس:

١ - توهم المرض (هـ س) Hypochondriasis (H S)

٢ - الانقباض (د) Depression (D)

٣ - الهستريا (هـ ي) Hystria (H Y)

٤ - الانحراف السيكوباثي (ب د) Psychopathic Deviate (P D)

٥ - الذكورة والأنوثة (م ف) Masculinity – Femininity (M F)

٦ - البارانويا (ب أ)(Paranoia (PA

٧ - السيكاثينيا (ب ت) Psychasthenia (P T)

٨ - الفصام (س ك) Schizophrenia (S C)

٩ - الهوس الخفيف (م أ) Hypomania (M A)

١٠ - الانطواء الاجتماعي(عنصر س ي) Social Introversion (S I)

أما (مقاييس الصدق) فهي أربعة:

١ - مقياس؟ (عدم إمكانية الإجابة).

٢ - مقياس ل (الكذب): Lying

٣ - مقياس (ف) الخطأ: Validity

٤ - مقياس (ك) التصحيح: Correction

وقبل أن نتعرض بشيء من التفصيل إلى كل من المقاييس السابقة؛ فإننا نود أن نشير إلى أن العلماء النفسانيين أمثال ويلش ودالستروم وغيرهما استخرجوا (سبعة مقاييس فرعية) من اختبار مانيسوتا نوجزها بما يأتي:[٨]

١ - سوء التوافق العام General Maladjustment (G M)

٢ - المكانة الاجتماعية Social Status (S T)

٣ - التحامل (الحكم المسبق)[١] Prejudice (P R)

٤ - السيطرة Dominance (D E)

٥ - قوة الأنا Ego Strength (E S)

٦ - ضبط التوافق النفسي Control In Psychological Adjustment (C N)

٧ - الذيلية بالمخ Caudality (CA)

تحليل مقاييس مانيسوتا:

المقاييس الإكلينيكية:

(١) توهم المرض:

إن المصاب بهذه الظاهرة يشكو غالباً من آلام واضطرابات يصعب وضوحها - ولا يوجد لها أساس عضوي، ومن أمثلة العبارات الخاصة بهذه الناحية في الاختبار:

- أشعر بآلام في صدري أو قلبي.

- أشعر أحياناً بضيق في النفس.

- تؤلمني عيناي إذا قرأت فترة طويلة.

(٢) الانقباض: يعاني المصابون بهذه الظاهرة من القلق وعدم الثقة بالنفس والانطواء وضيق في الاهتمامات؛ ومنهم من يعاني حالات الجنون الدوري؛ ومن أمثلة العبارات الخاصة بهذه الناحية في الاختبار:

- الحياة لا قيمة لها بالنسبة لي.

- لا أهتم بما يدور حولي.

- أشعر عادة بالحزن مهما يكن العمل الذي أقوم به.

(٣) الهستريا: وتأخذ أعراض هذه الظاهرة صورة شكاوى عامة منتظمة أو شكاوى أكثر تحديداً وتخصيصاً مثل الشلل، والتقلصات، والاضطرابات المعوية أو الأعراض القلبية. ويعتبر الأفراد الحاصلون على درجات مرتفعة على هذا المقياس معرَّضين لنوبات مفاجئة من الضعف، والإغماء، أو حتى ما يشبه نوبات الصداع. ويتصفون بكثرة الكلام والصراحة والمخاطرة والميل للود والقلق. ومن أمثلة الأسئلة في الاختبار حول هذه الظاهرة:

- أبكي أحياناً دون سبب.

- أشكو من القيء والغثيان.

أشعر بسخونة تعم جسمي فجأةً دون سبب ظاهر

(٤) الانحراف السيكوباتي: يتصف المصابون بهذه الحالة بنقص الاستجابة الانفعالية العميقة، وفي عدم القدرة على الإفادة من الخبرة، وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية كما في الكذب والسرقة والإدمان على الكحول أو المخدرات والشذوذ الجنسي. وهم يختلفون عن فئة المجرمين - ومن أمثلة العبارات في الاختبار لقياس هذا الحالة:

- قلما أشعر بأنني لا أستطيع أن أنفذ رغباتي.
- لا يهمني ما يظنه الناس عني.
- أتحمل المسؤولية مدة طويلة ولكني أنفض يدي منها فجأة.

(٥) الذكورة والأنوثة: تدل الدرجة المرتفعة على انحراف في نمط الاهتمام الرئيسي في اتجاه الجنس الآخر وقد يكون هذا الانحراف الجنسي صريحاً أو مكبوتاً. ومع ذلك فالجنسية المثلية لا يسلم بها إلا إذا توافرت الأدلة الأخرى على ذلك. ويقتصر التفسير على قياس السمعة العامة للاهتمام:

- أحب جمع الزهور وتربية النباتات.
- أتمنى لو كنت أوسم مما أنا عليه.
- أحب أن أشتغل بالتمريض.

(٦) البارانويا: ويتّسم المصاب بها بالتشكك والحساسية الزائدة وبهواجس الأخطاء. كما يأخذ المريض ملاحظات الآخرين مأخذاً جدياً ومؤلماً له. ويشعر دوماً بضغط العمل والمسؤولية عليه؛ وتحيط به هواجس الاضطهاد والغيرة والشعور بظلم الناس له. والمصاب لديه طيبة قلب وأوهام. ومن

أمثلة العبارات الواردة في الاختبار والخاصة بهذه الحالة ما يلي:

- أشعر أن شخصاً يدفعني للقيام بعمل - ما - عن طريق التأثير بي.

- أعتقد أن هناك من يتتبعني.

- لو لم يضمر لي الناس العداوة لكنت أكثر نجاحاً.

(٧) السكاثينيا: إن المصاب بهذه الحالة يعاني من المخاوف المرضية أو السلوك القهري ويكون ذلك صريحاً مثل (تكرار غسل اليدين)؛ أو ضمنياً مثل (عدم القدرة على التخلص من الفكرة المتسلطة) كما يعاني من مواقف ومخاوف غير معقولة. ويتصف المصابون بالمسالمة والحساسية والقلق والعاطفية والفردية. ومن أمثلة الأسئلة الخاصة بهذه الحالة:

- إنني قليل الثقة بنفسي.

- أخاف من أشياء لا يمكن أن تضرّني.

- تنتابني أحياناً نوبات من الضحك والبكاء لا أستطيع مقاومتها.

(٨) الفصام: يتصف المصاب بهذه الحالة بالتشويش الفكري والسلوك الخلطي الشاذ وظهور هواجس وهلوسات سمعية وبصرية ورغبة في الانعزال عن المجتمع ووجود بلادة انفعالية وخمول عاطفي. ومن أمثلة الأسئلة الخاصة بهذه الحالة هي:(٩)

- أجد صعوبة في تركيز تفكيري.

- يبدو أن عقلي يعمل ببطء.

- يضايقني الأشخاص الذين يراقبونني في الشارع.

(٩) الهوس الخفيف: يتّسم سلوك هؤلاء الأفراد بالنشاط الزائد - غير الاعتيادي - في الفكر وفي العمل ويقعون عادّ في المشاكل لأن نشاطهم وحماستهم يدفعانهم للقيام بالكثير من الأعمال الخاصة بهم وبغيرهم وغالباً ما يصطدمون مع الناس لمحاولاتهم إصلاح المجتمع. وسرعان ما تنطفيء حماستهم لمشروعاتهم بعد فترة من الزمن. ومن أمثلة العبارات الواردة في الاختبار والخاصة بهذه الحالة:

- أشعر برغبة في القيام بعمل مثير حين ينتابني السأم.
- تتوارد الأفكار في ذهني بأسرع مما أستطيع أن أعبر عنه.
- قابلت مشكلات لها حلول كثيرة بدرجة لم أستطع أن أقرر.

(١٠) الانطواء الاجتماعي: ويميل الفرد المصاب بهذا المرض إلى الابتعاد عن الناس، وعدم إيجاد صلات اجتماعية، والابتعاد عن الاشتراك في أوجه النشاط المختلفة التي يشترك فيها مجموعات من الناس. ومن العبارات الواردة في هذا الاختبار حول هذه الحالة:

- أتحاشى الجماهير قدر إمكاني.
- أبذل مجهوداً كبيراً لأخفي خجلي.
- أجد صعوبة في اقتراح موضوعات للحديث.

مقاييس الصدق (كضوابط):

(١) مقياس (؟) عدم الإجابة: يحسب هذا المقياس بعدد العبارات التي لم

يستطيع المفحوص تحديد رأي بشأنها (بنعم أو لا) وتوضع في فئة (لا يمكن التحديد).

(٢) مقياس الكذب (ل): ويتكون من (١٥) عبارة، والدرجة المرتفعة تدل على أن الفرد قد زيَّف استجابته ليعطي عن نفسه انطباعاً طيباً ويجعل نفسه مقبولاً اجتماعياً والدرجة المنخفضة تدل على الصدق - وهذا عكس المألوف - والأمثلة هي:

- لا أقول الصدق دائماً.
- ينتابني الغضب أحياناً.
- أؤجل إلى الغد ما يجب أن أعمله اليوم.

فإجابة (لا) تعد تزييفاً لهذه العبارات الثلاث، بينما (نعم) تُحسب صدقاً لأنها عبارات تحصل عادة عند كل إنسان.

(٣) مقياس الخطأ (ف): وهدفها مراجعة الاستجابات على الاختبار كله وهي تكشف عن عدم الاهتمام أو عدم الفهم. والدرجة المنخفضة تدل على الفهم وحسن الاستجابة واهتمام المجيب؛ بينما الدرجة العالية تدل على العكس.

(٤) مقياس التصحيح (ك): وهو يرتبط بمقياس الخطأ والكذب (ف و ل) وغايته العمل على زيادة صدق المقاييس الأخرى كعامل.

وقد أكد مؤلفا الاختبار في كراسة التعليمات أن الدرجة العالية على المقياس تمكننا من صدق التنبؤ في التشخيص الإكلينيكي النهائي لدى أكثر

من ٦٠٪ من الحالات النفسية الجديدة وتعتبر هذه النتيجة نتيجة طيبة عموماً. أما من حيث الثبات فقد قرر المؤلفان أن مفهوم الثبات إحصائياً لا يتفق مع طبيعة الاختبار للتذبذب في استجابات الحالات المرضية، ومع ذلك فقد كانت معاملات الثبات بإعادة التطبيق تتراوح بين ٠,٧١ و ٠,٨٣ وهي معاملات مرضية في قياس الشخصية.

(٢) الاختبارات الإسقاطية للشخصية: Progective Test of Personality

تمهيد:

يعتبر كتاب العالمين (باب وسكات)[١٠] من أهم المصادر العلمية التي أسهبت في بحث الاختبارات الإسقاطية.

إن الاختبارات الإسقاطية ليست مقاييس سيكوماترية Psychometric وإنما هي عبارة عن موقف مثير على شكل (جملة أو صورة) يتميز بأعلى درجة من الغموض ونقص التكوين، يتعرض له المفحوص فيستجيب استجابة يستطيع من خلالها الفاحص اكتشاف جوانب مختلفة من شخصية المفحوص؛ وتشير هذه الجوانب إلى أفكار المفحوص ودوافعه ومفاهيمه ووجداناته ودفاعاته ورغباته وإحباطاته وهكذا يصبح الموقف المثير في هذه الاختبارات الإسقاطية عبارة عن ستار يسقط عليه المفحوص Projects حياته الداخلية. والإسقاط عملية لا شعورية يعكس الفرد خلالها مشاعره وإدراكاته واتجاهاته أو كتابة المذكرات بواسطة الجمل الناقصة أو

بقع الحبر أو تداعي الكلمات أو الرسوم أو كتابة المذكرات والقصة وغيرها؛ مما لا يمكن بيانه بواسطة الاختبارات الموضوعيَّة.

[١] الأساليب الإسقاطية: Projective Methods

يشير د. سلامة (١٩٥٦) بأنه من الأمور التي تتفرد بها الاختبارات الإسقاطية أن الموقف المثير فيها مائع ناقص التكوين والتحديد وأنه لا توجد استجابة صحيحة وأخرى خاطئة وهذا ما يشجع المفحوصين للاختلاف في الاستجابة. وهنا تظهر (الفروق الفردية) بين المفحوصين بمقدار ما بينهم من تفاوت في التجارب والخبرات. وهي لا تقيس جزئيات في الشخصية وإنما تحاول قياس الشخصية بأكملها. فهي بذلك تساير مفهوم النظرية الحيوية الكلية: .The Global Organismic Theory

وهي التي ترى أن الكل لازم لفهم الأجزاء لزوم الأجزاء لفهم الكل. ويمكننا تلخيص خصائص الاختبارات والأساليب الإسقاطية بالنقاط التالية:

١- إن الموقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير متشكل، وناقص التحديد وأن ذلك من شأنه أن يقلل من التحكم الشعوري للفرد في استجاباته مما يترتب عليه بسهولة الكشف عن شخصيته.

٢- إن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس المظاهر السطحية للشخصية بل إنها تتغلغل في شخصية المفحوص - بشكل غير مباشر - إلى التنظيم الأساسي للشخصية والديناميكيات المؤثرة في هذا السلوك الظاهري.

٣- إن الفرد لا يدرك طريقة تقدير استجاباته ولذلك فإنه يكشف

عن نفسه بسهولة ودون محاولة إخفاء شخصيته أو بعض نواحيها عن المختبر.

٤- إن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس النواحي الجزئية من الشخصية ولكنها تحاول أن ترسم صورة للشخصية ككل من حيث مكوناتها أو العلاقات الديناميكية بين هذه المكونات.

٥ - إن الاستجابات لا تقدر من ناحية أنها صواب أو خطأ ولكنها تقيم من ناحية دلالاتها على شخصية المفحوص على اعتبار أنها إسقاطات لمشاعره ورغباته ومشكلاته على مدرك خارجي وهو مواد الاختبار[١١].

ويؤكد العالم (نوتكات Notcutt) أن الغموض في الاختبار الإسقاطي يعتبر من أشد الحوافز إثارة عند المفحوص. فيقول: « .. إنه كلما قل حظ المثير من التكوين والوضوح انفسح المجال للتعبير عن الذات وتعددت أنواع الاستجابات الممكنة؛ وقلَّ تقيد المفحوص بالواقع الخارجي أو الحقيقة الخارجية وأصبحت الاستجابة تعبيرية: Expressive أكثر منها موضوعية أو تكيفية : Objective Or Adaptive .

ويشير د. سلامة إلى بعض النقاط النقدية التي وجهها (كاتل) للاختبارات الإسقاطية التي يعتبرها نوعاً من الخطأ في الإدراك:

Misperception Or Distoration Of Perception

ويحدد أسبابه بالآتي:

١ - تفاوت الأفراد في الذكاء والقدرات الحسية.

٢ - تفاوت الأفراد في القدرة على التركيز نتيجة تفاوتهم في الخبرات ودرجة احتفاظهم بها.

٣ - تفاوت الأفراد في خبراتهم الانفعالية السابقة وفي تكوينهم الدينامي الحالي.

الصدق والثبات في الأساليب الإسقاطية:

تختلف آراء النفسانيين بصدد الصدق والثبات في الأساليب الإسقاطية؛ فالبعض يرى ضرورة إخضاعها للإجراآت المعتادة في القياس النفسي والتحقق من صدقها وثباتها التزاماً بالموضوعية التي ينبغي توافرها في كل الأقيسة النفسية الكمية.

ويرى البعض الآخر أن هذه الأساليب ذات طبيعة خاصة فهي تعطي ما لا تعطيه الاختبارات الأخرى من كشف لجوانب غامضة لدى الفرد كالدوافع والمدركات والاتجاهات والأفكار التي قد لا يود الفرد أن يبيّنها في اختبار مباشر، وحيث أن غرض الاختبارات الإسقاطية هو غرض إكلينيكي فلا ضرورة توجب التحقق من صدقها. ويؤكد د. سلامة (١٩٥٦) بأن الاستجابات الحرة لا يمكن أن تقدر تقديراً كمياً.

ملاحظات سلامة حول صدق الاختبارات الإسقاطية[١٢]

أعطى د. سلامة بعد تطبيقه لاختبار (تفهم الموضوع) على حالات مصرية عدة ملاحظات تشير إلى مدى صدق الاختبارات الإسقاطية؛ ويمكننا عرضها كما يأتي:

١ - درس (رابورت وجيل وشافر) التشخيص السيكياتري على مجموعات إكلينيكية كالاكتئاب وفصام البارانويا وطبق اختبار (تفهم

الموضوع) على المفحوصين، وقورنت استجاباتهم مع استجابات مجموعة ضابطة وذلك لاختبار صدق العلاقات المختلفة التي تعتبر دليلاً على المرض.

٢ - تطبيق اختبار إسقاطي وتفسيره ومقابلة التفسير بما يعرفه أحد المقرَّبين عن شخصية المفحوص.

٣ - تطبيق اختبار إسقاطي وإعطاء الاستجابات لعدد من المفسرين، ومقابلة التفسيرات المختلفة، وتحليل كل مفسر لشخصية المفحوص لمعرفة مقدار التوافق والاتفاق بين المفسِّرين.

٤ - طريقة المضاهاة أو المقابلة وفيها يطبق الاختبار الإسقاطي على عدد من المفحوصين وكتابة التفسيرات وتقديمها مع وصف شخصية كل مفحوص مجهولة الاسم إلى بعض المحكمين ويطلب منهم مقابلة كل تفسير بكل وصف للشخصية. كما يمكن إجراء المقابلة بين نتائج تفسير اختبارين إسقاطيين كاختبار تداعي المعاني واختبار الرورشاخ على سبيل المثال.

٥ - طريقة التنبؤ، وهي أفضل وأقل انتشاراً، وخلاصتها أن يطلب إلى المحكِّم أن يدلل على علمه بالمفحوص بأن يتنبأ بنوع الاستجابات التي يستجيب لها ذلك المفحوص لو أنه وضع في موقف لا يسمح إلا بعدد محدود من الاستجابات، ثم يعرض المفحوص فعلاً للموقف ويقارن بين الاستجابات كما وقعت وبين الاستجابات كما تنبأ بها المحكم، ويقاس الفرق.

تصنيف ليندزي للوسائل الإسقاطية:[١٣]

يقسم العالم (ليندزي: Lindzey 1959) الأساليب الإسقاطية إلى خمسة أنواع طبقاً (لنمط الاستجابة) وهي:

(١) أساليب التداعي: Association Techniques

يستجيب المفحوص للمثير بكلمة أو صورة أو مدرك. والعلاقة واضحة بين هذه المجموعة من الأساليب؛ والتداعي الحرّ في التحليل النفسي، ومن أمثلتها اختبار تداعي الكلمات، واختبار الرورشاخ.

(٢) أساليب التكوين: Construction Techniques

إن الاستجابة هنا تكون ناتجة عن نشاط معرفي أو تكويني معقّد. ومثالها أن يكوّن المفحوص قصة حول صورة تعرض عليه كما هي الحال في (اختبار تفهم الموضوع).

(٣) أساليب الإكمال: Completion Techniques

يطلب من المفحوص فيها أن يكمل بعض المثيرات غير التامة مثل: أصل جملة أو بداية قصة، مثل: اختبار (روتر) لتكملة الجمل الناقصة واختبار (رود) واختبار (لاڤيندجر).

(٤) أساليب الاختبار والتنظيم: Choice Or Ordering Techniques

وفيها يقدم إلى المفحوص عدد من المثيرات، ويطلب منه أن يختار واحداً أو أكثر من البدائل Alternative على أساس التفضيل؛ أو تنظيمها في نظام تتابع محدد ومن أمثلة ذلك (اختبار تنظيم الصور عند استخدامه إسقاطياً).

(٥) أساليب التعبير: Expressive Techniques

تستخدم هذه الأساليب لغايات تشخيصية وعلاجية. ومن هذه الأساليب الرسم بالخطوط أو بالألوان، واللعب، والدراما النفسية: Psycho- Drama; وسنعرض فيما يأتي أبرز الاختبارات الإسقاطية مع التركيز على قيمتها الإكلينيكية.

[٢] اختبار تداعي الكلمات: Word Association Test

يعتبر (يونغ Jung ١٩١٠) أول من استخدم هذا الأسلوب لأهميته تحليلياً وإكلينيكياً. وكانت قائمة يونغ مؤلفة من ١٠٠ كلمة وقام بتعديلها العالمان (كنت ورازانوف C. H. Kent + A. J. Rosonoff)

ويقرأ الأخصائي للمفحوص قائمة من كلمات؛ ويطلب منه أن يذكر من عنده (كلمة مرادفة لكل كلمة يقرأها له). وتعتبر (السرعة The Speed) الزمنية ضرورية ويقوم الأخصائي بتسجيلها. ويسجل أيضاً ظاهرة التوقف والبطء أثناء الاختبار وكذلك حركات المفحوص وإشاراته. وقد أمكن حصر (اضطرابات التداعي) في التوقف عن الاستجابة، وتسمية الأشياء الموجودة بالغرفة، وتكرار نفس الكلمة أو تقديم صفات للكلمات المثيرة، والاستمرار في تقديم نفس الاستجابة، والخطأ في سماع الكلمة لضعف السمع أو عدم الفهم، والاستجابة المبتذلة والانفعالية، وعدم معرفة معنى الكلمة. وسنعرض (قائمتين) كمثال لهذه الكلمات في جدول (٢٠) و (٢١):

جدول رقم (٢٠)

مثال: قائمة تداعي الكلمات

قائمة (كنت - روزانوف) - مأخوذة من يونغ.[١٤]:

١ - مائدة	١٣- ظلام	٢٥- موسيقى	
٢ - جبل	١٤- منزل	٢٦- أسود	٣٧- خروف
٣ - مربع	١٥- يد	٢٧- قصير	٣٨- فاكهة
٤ - فراشة	١٦- لين	٢٨- أمر	٣٩- كرسي
٥ - حلو	١٧- صفارة	٢٩- إمرأة	٤٠- بارد
٦ - بطيء	١٨- عالي	٣٠- عامل	٤١- حامض
٧ - أرض	١٩- مشكلة	٣١- جندي	٤٢- حصان
٨ - شاق	٢٠- نسر	٣٢- معدة	٤٣- جذع
٩ - مصباح	٢١- حلم	٣٣- أصفر	٤٤- خبز
١٠ - عدالة	٢٢- ولد	٣٤- ضوء	٤٥- صحة
١١ - توراة	٢٣- ذاكرة	٣٥- قطيع	٤٦- حمّام
١٢ - كوخ	٢٤- رشيق	٣٦- مرض	

جدول رقم (٣١)

قائمة: جيل ورابابورت مأخوذة من شافر:

١ - عَالَمْ	١٣- حب	٢٥- أب	٣٧- غطاء رأس	٤٩- صدر
٢ - ستائر	١٤- حقيبة ملابس٢٦- شراب		٣٨- حفلة	٥٠- عملية التبرز
٣ - كتاب	١٥- مصباح	٢٧- سجادة	٣٩- كرسي	٥١- صديق فتاة
٤ - قضيب رجل١٦- ظلام		٢٨- مكتئب	٤٠- ربيع	٥٢- صحن
٥ - انتحار	١٧- جبل	٢٩- منزل	٤١- ورقة	٥٣- جنسي مثلي
٦ - مدفأة	١٨- صديقة شاب٣٠- شائنة		٤٢- استمناء	٥٤- إطار
٧ - رجل	١٩- نشوة جنسية٣١- سينا		٤٣- قطع	٥٥- ضحك
٨ - عض	٢٠- امرأة	٣٢- رقص	٤٤- كلب	٥٦- ابنة
٩ - سيارة أجرة٢١- أم		٣٣- مائدة	٤٥- لحم بقري	٥٧- حلمة الثدي
١٠ - سباق	٢٢- ماء	٣٤- مص	٤٦- حصان	٥٨- نيران
١١ - فرج امرأة٢٣- مزرعة		٣٥- اجتماعي	٤٧- إبن	٥٩- ضرائب
١٢ - تبغ	٢٤- مدينة	٣٦- جماع	٤٨- مستشفى	٦٠- طبيب

[٣] اختبار تكميل الجمل:

يقدم للمفحوص في هذا الاختبار (الأجزاء الأولى) من عدة جمل ويطلب منه استكمالها. ويستطيع الأخصائي صياغة العبارات طبقاً للفرض الذي يريد الوصول إليه.

ويذكر العالمان (شافر ولازاروس: Schaffer + Lazarus) أن ثبات فعل هذه الاختبارات مناسب في عدد من الدراسات التي طبقت اختبارات تكميل الجمل. ولكن رغم استخدام هذه الاختبارات في المجال الإكلينيكي إلا أنه لا يكفي بمفرده كأداة للتشخيص الإكلينيكي الفارق.

ومن نماذج اختبارات تكميل الجمل ما يأتي:

١ - اختبار (رود) لتكميل الجمل[١٥] Rhode's Sentence Completion Test

٢ - اختبار (روتر) للجمل الناقصة[١٦]:

Rotter Incomplete Sentence Blank

٣ - اختبار (لافينجر) لتطوير الذات[١٧]:

Loevinger Sentence Completion Test.

ومن أمثلته إتمام الجمل التالية:

١ - الرجل يشعر بسعادة عندما.......

٢ - المرأة تشعر بسعادة عندما.......

٣ - مشكلتي الوحيدة هي.......

٤ - الانتحار في نظري.......

٥ - أسوأ شيء لدى الرجل.......

٦ - ضميري يؤنبني عندما.......

٧ - إذا تجنبوني فإنني.......

٨ - أنا في ذروة السعادة عندما.......

٩ - الجنس في نظري.......

١٠- المال في نظري.......

١١- الحياة هي.......

١٢- الأب العظيم هو.......

استجابات تعكس حالات قلق ومخاوف وأسف:

١ - أعصابي...... مرهقة ويداي ترتعشان.

٢ - آسف....... على أنني ولدت في هذا الوجود.

٣ - فشلت.......مرات عديدة وسيطر علي اليأس.

٤ - المستقبل....... أراه مظلماً أمامي.

٥ - أنا....... أشعر بأن شيئاً يطاردني دوماً.

استجابات تعكس حالات متطرّفة:

١ - أمي سيدة مثالية ومخلصة.

٢ - أبي شديد القسوة ومتسلط.

٣ - معظم الفتيات لا يردنني.

٤ - معظم الرجال يفكرون أن النساء خائنات.

٥ - معظم النساء يفكرن أن الرجال أنانيون.

وقد أوضح العالمان هنفهان وجتزلز Hanfman + Getzels أن هذا الأسلوب أسلوب يتوسط بين الأساليب الإسقاطية واختبارات الشخصية (الاستفتاآت والاستعلامات) Questionnaires Inventories.

وقد توصل (روتر ١٩٥٣ : J. B. Rotter) إلى وسيلة كمحك تصحيح وفئات واستجابات محددة؛ ويمكن حساب درجة توافق كلية وضعها في كراسة تعليمات استارة العبارات الناقصة: Incomplete Sentences Blank.

٤ - اختبار رسم الشخص[١٨]: **Draw- A- Person Test**

يعتبر هذا الاختبار من الأساليب الإسقاطية التعبيرية، وقد برز على أثر نشر (كارين ماكوفر K. Machover) كتاباً تناولت فيه دراسة إسقاطية برسم أشكال بشرية.[١٩] وتتلخص التعليمات حولها بما يأتي: (انظر شكل - ٢٢ -):

أ - يطلب من المفحوص (رسم شخص دون تحديد جنسه) ثم يسأل المفحوص أن (يرسم شخصاً آخر من جنس آخر غير الأول) خلف الورقة؛ ويسجل الأخصائي ملاحظات ويطلب من المفحوص إنهاء الرسم إذا لم يكتمل.

ب - في حالة الاختبار الجماعي يعطى كل مفحوص ورقتين ويطلب من



(شكل رقم ٢٢)

مثال للاستخدام الإكلينيكي لاختبار رسم شخص وفيه يظهر إلتباس الدور الجنسي

كل مفحوص رسم شخصين أحدهما (ذكر) في صفحة، والثاني (أنثى) في صفحة ثانية؛ مع تسجيل جنس الشخص الذي يرسمه أولاً.

ومن خلال خبرة العالمة (ماكوفر) باختبار (جودانف Good Enough) لرسم الرجل: Draw A Man Test لاحظت أن طفلين يحصلان على نفس

نسبة الذكاء ولكن رسم كل منها يحكي قصة مختلفة، وتطبيق الاختبار وتفسيره يستند إلى مفهوم إسقاط صورة الجسم في رسم الشخص.

ويمكن للفاحص سؤال المفحوص عن (سن الشخص المرسوم، وتعليمه، ومهنته، ومطامحه وعائلته، وتفضيله لواحد من والديه وأصدقائه ومدرسته) وقبل تطبيق اختبار رسم الشخص يستحسن دراسة ما كتبته (ماكوفر) حول هذا النوع من الاختبارات وتعليقات وأمثلة (شافر ولازاروس) عنها وكذلك دراسات بيرمان ولافال: Berman + Laffal (١٩٥٣).

[٥] اختبار تفهم الموضوع: (T. A. T)

وضع هذا الاختبار (كريستيانا مورجان وهنري موري ١٩٣٥

(Christiana D. Morgan and Henry A. Murray وهو للكبار وللأطفال:[٢٠]

١) اختبار تفهم الموضوع للكبار: Thematic Apperception Test

٢) اختبار تفهم الموضوع للأطفال: Children Apperception Test

وهو من أكثر الأساليب الإسقاطية استعمالاً بعد - الرورشاخ - وهما متكاملان في عملية التقييم النفسي للشخصية. فاختبار تفهم الموضوع يركِّز على (المضمون) ثم يهتم بالمظاهر التعبيرية والشكلية؛ ويهتم اختبار الرورشاخ أولاً (بالمظاهر الشكلية) ثم (بالمضمون). وتبرز أهمية اختبار تفهم الموضوع في بيان ديناميات الشخصية كالحوافز والحاجات والمشاعر والصراعات والعقد النفسية والتخيلات. بينما يكشف اختبار الرورشاخ عن دفاعات

الأنا، والحيل النفسية التكيفية، والتركيب المرضي وغيره من مكونات الشخصية. إن مجموع بطاقات هذا الاختبار هو (٣١) بطاقة فيها صور فوتوغرافية ويدوية، ولا يوجد وقت محدد للاختبار وبعد أن يتأمل المفحوص الصورة يؤلف حولها قصَّة (خيالية درامية) تعكس تصوراته وإسقاطاته وديناميات سلوكه. ويترك له (٥) دقائق لكل قصة عن كل صورة. ويسجل الفاحص حسب أرقام الصور كلمات المفحوص وتداعي أفكاره ويهتم عند التسجيل في تركيز الانتباه على ما يأتي:[٢١]

أ- البداية الدقيقة في كل قصة.

ب- النهاية الدقيقة في كل قصة.

جـ- بطل القصة كمحور يلعب الدور الرئيسي بها.

د- موضوع القصة كجوهر أساسي وهدف وغاية.

هـ- الدوافع الذاتية عند المفحوص خلال التقمُّص والإسقاط.

و- الضغوط المحيطة بالمفحوص أو اللاشعورية لديه.

ز- النتائج للقصة التي يعبر عنها المفحوص.

ومن مجموع بطاقات الاختبار الـ (٣١) تصنَّف البطاقات في مجموعات أربع، اثنتان تطبق على (الذكور والإناث) أعلى من (١٤) سنة من العمر؛ واثنتان تطبق على (الذكور والإناث) من (١٤) سنة من العمر فأقل.[٢٢]

وفي البطاقات (١١) بطاقة ملائمة لكلا الجنسين، وغيرها مشتركة بين الراشدين والصغار وبذلك تتكون البطاقات الخاصة بكل مجموعة من المجموعات الأربع من (١٩) صورة وبطاقة بيضاء من البطاقات الإحدى

والثلاثين بترتيبها المقنَّن، ويفضّل كثير من المختصّين النفسيين الإكلينيكيِّين تطبيق (١٠) صور فقط يختارونها حسب الحالة التي يقومون بدراستها.

وقد قام موري Murray بتعديلات كثيرة على الاختبار لا سيا المخصص للأطفال باستبدال صور الناس بصور حيوانات لسهولة إسقاط الطفل لمشاعره عليها، ومنها ما هو مخصص للمراهقين ويتضمن مواقف ألصق بهم، ومنها ما هو مخصص للملونين في أمريكا وللجانحين وغيرهم.

تحليل مواد الاختبار T. A. T. للبالغين ودلالاته:

الصورة رقم (١): ذكر (بلاك Black) عنها أنها تؤدي بالمفحوص إلى أن يتقمَّص شخصية الولد الماثل في الصورة وإلى أن يكشف عن اتجاهه بإزاء شخصية الأب، وهل يتصور المفحوص من شخصية الأب أنها ميالة إلى العدوان أو إلى السيطرة أو إلى مد يد المعونة والمساعدة للغير. كذلك تكشف الصورة نوع العلاقة التي تقوم بين المفحوص وكل من الوالدين. وكثيراً ما يرد في القصص التي ينشئها المفحوصون حول هذه الصورة أفكار الصراع والحيرة بين الاستقلال عن أصحاب السلطة أو الامتثال لهم والإذعان لأوامرهم.

ومن النواحي التي تكشف عنها هذه الصورة في نظر (بلاك)[٢٣] الحاجة إلى النجاح. ومن المهم هنا أن نعرف الطريقة التي حقق بها المفحوص النجاح. هل كان ذلك في مستوى الخيال والوهم أم في عالم الواقع والحقيقة. ومن المفحوصين من يستجيب لهذه الصورة استجابات جنسية رمزية، فالعزف على أوتار الكمان واللعب بالقوس كثيراً ما تقوم مقام الاستمناء.

كذلك قد يكشف المفحوص عن خوفه من الإخصاء عندما يصر على أن أوتار الكمان قد تقطّعت.

الصورة رقم (٢): يرى العالم (بلاك) أن هذه الصورة للمريض تكشف بطريقة ممتازة عن علاقة المفحوصين بأسرته وأنه كثيراً ما يتقمص الذكور من المفحوصين شخصية الفتاة الماثلة في الصورة بسبب أنها تحتل مقدمة الصورة وتتوسطها. كذلك تكثر في قصص هذه الصورة أفكار الاستقلال عن الأسرة في مقابل الانصياع لها والامتثال لاتجاهاتها المحافظة الرجعية، وهذه أفكار تبين في وضوح ما بين المفحوص وأسرته من خلاف وفروق، وكذلك تكشف علاقة السيدتين بالرجل في القصة - وهل هو أب لها أو زوج أو أخ - عن فكرة المفحوص عن الدور الذي ينبغي أن يقوم به كل من الرجل والمرأة في الحياة.

الصورة رقم (٣): إن أكثر المفحوصين من الذكور يعدون الشخص الجاثي على ركبتيه رجلاً، إلا أن بعض المفحوصين من الذكور يعده امرأة وتعتبر هذه علامة على وجود النزعات الجنسية المثلية الكامنة لدى هؤلاء الأفراد. وكذلك يكشف إدراك المفحوص للشيء الملقى على الأرض إلى يسار الشخص من المشاكل المتصلة بالعدوان عنده. وقد يكون هذا العدوان موجهاً نحو الذات أو نحو الغير.

الصورة رقم (٣): (للنساء والبنات): يرى (رابابورت: Rapaport Gill) أن هذه الصورة تكشف عادةً عن أسباب اليأس والخور والشعور بالإثم. كما يرى (بلاك) أنها تثير مشاعر الاكتئاب عند المفحوصات.

الصورة رقم (٤): هذه الصورة تكشف عن طائفة شتى من الحاجات والعواطف المتعلقة بالصلة بين الإناث والذكور. وكثيراً ما يرد عنها في

قصص المفحوصين أفكار الخيانة وعدم الوفاء. وكذلك قد تكشف الصورة عن اتجاه الذكور نحو الدور الذي تقوم به النساء، فقد ينظر إلى المرأة على أنها تحمي الرجل؛ وتصده عن السير في طريق غير مأمون العواقب، أو على أنها تحاول أن تدفعه إلى طريق الشر والإثم. وقد تكشف الصورة عن اتجاهات المرأة نحو الرجال وخصوصاً أولئك الذين سبق أن نالها منهم اعتداء. والصورة تحمل في مؤخرتها رسم امرأة نصف عارية دلّت التجارب على أن ثلث المفحوصين على الأقل يغفلون عن إدراكها. ويرى (بلاك) أن مما يدل على أن المفحوص يعاني مشكلة جنسية؛ أن يغفل عن إدراك صورة هذه المرأة أو أن يمتنع امتناعاً كلياً عن أن يذكر شيئاً عنها.

الصورة رقم (٥): كثيراً ما تفسر هذه الصورة على أنها أم ترقب أنواعاً مختلفة من السلوك. فبعض القصص التي ينشئها المفحوصون ترمز إلى خوف المفحوص من اكتشاف الفاحص لما يقوم به من استمناء. كما أن بعضها الآخر في صورة الاهتمام بالطفل والرغبة في الاطمئنان عليه.

الصورة رقم (٦): (للرجال والصبيان): هذه صورة تسمح للمفحوص بأن يعبر عن اتجاهه نحو شخصية الأم من إحساس بالإثم والخطيئة نحوها. أو اعتماد عليها أو استقلال عنها، كذلك عن شدَّة تعلق كل منهما بالآخر.

الصورة رقم (٦) للنساء والبنات: تكشف هذه الصورة عن الصلة بين الإناث والأب.

الصورة رقم (٧) للرجال والصبيان: تكشف هذه الصورة عن معرفة اتجاهات المفحوص نحو والده ونحو مصادر السلطة بصفة عامة من اتكال واعتماد عليها أو امتثال لأوامرها أو خروج على طاعتها.

الصورة رقم (٧) للنساء والبنات: هذه الصورة تكشف عن العلاقة بين الأم وأطفالها من البنات.

الصورة رقم (٨): للرجال والصبيان: إن الأفكار التي يكثر ورودها في هذه الصورة تتركز نحو العدوان (كأن يصاب شخص بالرصاص وهو الآن تجرى له عملية جراحية)، أو حول الطموح (صبي يحلم باليوم الذي يصبح فيه طبيباً مثلاً).

الصورة رقم (٨) للنساء والبنات: تثير هذه الصورة كل أنواع القصص والأفكار التي تكون غالباً من نوع سطحي.

الصورة رقم (٩) للرجال والصبيان: تكشف عن بعض الاتجاهات الاجتماعية العامة عند المفحوصين.

الصورة رقم (٩) للنساء والبنات: تكشف عن علاقة المرأة بغيرها من النساء كما تكشف عن الذي يكون بين الأخوات أو عن العداء بين الفتاة وأمها.

الصورة رقم (١٠): تكشف عن فكرة المفحوص عن العلاقة بين الرجال والنساء. أما إذا عد المفحوص الموقف عناقاً بين اثنين من الذكور كان هذه دليلاً على جنسية مثلية كامنة لديه.

الصورة رقم (١١): توضح هذه الصورة اتجاه المفحوص نحو الخطر، أي نحو العدوان الذي يهدد المفحوص من الخارج وطريقته في مجابهة القلق.

الصورة رقم (١٢)؛ للرجال: تبيّن هذه الصورة طبيعة العلاقة التي تقوم بين صغار الشبان وبين الكبار من الرجال، كما تكشف عن المخاوف من الجنسية المثلية السلبية.

الصورة رقم (١٢) للنساء: هذه الصورة تسمح للمفحوصة عادة بأن تعبر عن اتجاهها نحو شخصية الأم أو الابنة، كما أنها كثيراً ما تكشف عن اتجاه المفحوصة على التقدم في العمر ونحو الزواج.

الصورة رقم (١٣) للرجال والنساء: تكشف عن اتجاه المفحوص نحو الناحية الجنسية وأفراد الجنس الآخر، وعن طريقة إدراكه ونظرته لهذه الأمور، كما أنها قد تكشف عن الشعور بالإثم والاتجاه نحو إدمان الخمر.

الصورة رقم (١٣) للصبيان: تفيد هذه الصورة في دراسة نفسيات الأطفال الذكور.

الصورة رقم (١٣) للبنات: تفيد هذه الصورة في التعرُّف على نفسيات المفحوصات.

الصورة رقم (١٤): تساعد هذه الصورة المفحوص بأن يعبر عن أسباب الإحباط عنده، وعن دواعي أسفه ولوعته، وعن آماله وطموحه. كما أنها قد تكشف عن تفكير المفحوص في الانتحار.

الصورة رقم (١٥): هذه الصورة تجعل المفحوص يفرد شخصاً من بيئته الاجتماعية يجعله هدفاً للعدوان بأن يتصوره قد توفي وواراه الناس التراب.

الصورة رقم (١٦): هذه الصورة تستلزم أن يكون المفحوص على مستوىً عالٍ من المقدرة اللغوية الفائقة تساعده على إسقاط أفكاره بشكل حر وطليق. أما المفحوص الذي لا يستطيع ذلك فإن استخدام هذه البطاقة البيضاء يكون لا جدوى منه بالنسبة له.

الصورة رقم (١٧) للرجال والصبيان: تكشف هذه الصورة عن خوف

المفحوص من الأخطار والصدمات المادية كالحرائق أو عن خشيته من غيره من الناس.

الصورة رقم (١٧) للنساء والبنات: تكشف في أغلب الأحيان عن إحساس المفحوص بالتعاسة وعن ميله إلى اليأس وإلقاء سلاحه ومحاولته للانتحار.

الصورة رقم (١٨) للرجال والبنين: تؤدي هذه الصورة بالمفحوص إلى التعبير عن ميوله العدوانية أو عن اتجاهاته نحو إدمان المخدِّرات.

الصورة رقم (١٨) للنساء والبنات: تكشف هذه الصورة عن اتجاهات المفحوصة نحو العدوان وعن علاقتها بأختها أو ابنتها أو أمها أو بالنساء على وجه العموم. كذلك هي تبين ما تشعر به المفحوصة من غيرة أو نقص أو تمرد على المستبدين بها.

الصورة رقم (١٩): هذه الصورة لا تفيد الباحث إلا في دراسة الأطفال وفي بعض الحالات فقط.

الصورة رقم (٢٠): يذكر (بلاك) أن الشخص الماثل في هذه الصورة والذي يستند إلى مصباح الطريق قد يراه المفحوصون رجلاً أو امرأة. وأنه لم يهتد بعد إلى ما ينطوي عليه تحديد المفحوص لجنس الشخص من دلالة سيكولوجية. وأن الإناث المفحوصات يستجبن لهذه الصورة بذكر الخوف من الرجال والخوف من الظلام، وأن من الإناث والذكور من تدور قصته عن هذه الصورة حول عصابات اللصوص وقطاع الطرق. وأن هذه الصورة قد لا تتحمل في طياتها الضرر والأذى في نظر المفحوص فيؤولها على أنها تواعد بين عاشق ومحبوبته.[٢٤]



شكل (١) صبي يتأمل كتاباً مفتوحاً أمامه على منضدة وبجانبه علبة ألوان وكوب به فرشاتان.



شكل (٢) في حي شعبي فتاة بيديها كتب، وبجانبها رجل يعمل في النجارة وبجانبه سيدة أكبر سناً تتطلع إلى الأفق.



شكل (٣) - أ - صبي جالس على الأرض، مستنداً الى كنبة ورأسه على ذراعه الأيمن، ويوجد مسدس على الأرض بجواره الأيسر.



شكل (٣) - ب - امرأة شابة، منخفضة الرأس وتغطي وجهها بيدها اليمنى. ويمتد ذراعها الأيسر إلى الأمام مواجهاً لباب خشبي.



شكل (٤)　　امرأة تقبض على كتفي رجل يتجه وجهه وجسمه بعيداً عنها كما لو كان يرغب الإفلات منها.

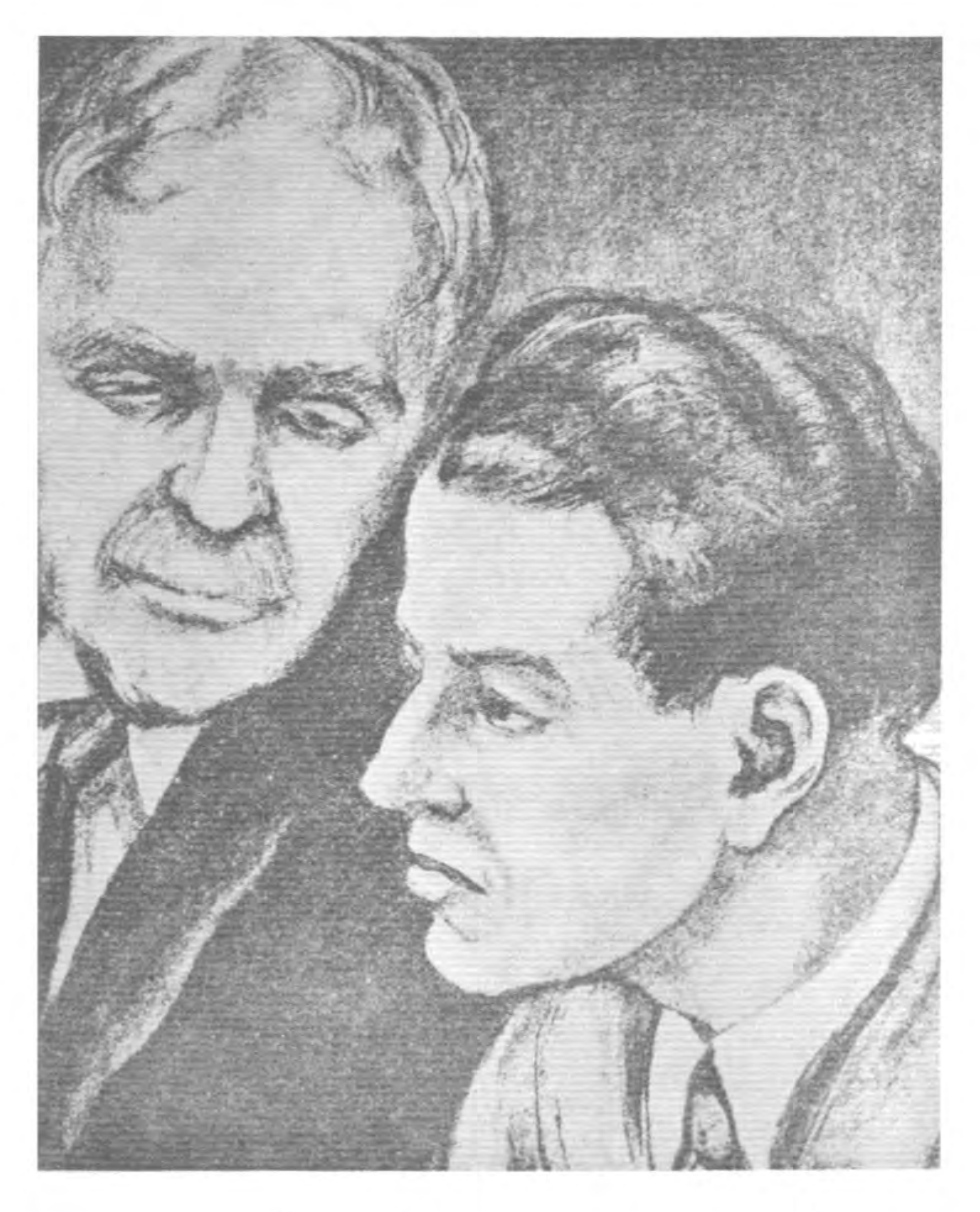


شكل (٥) امرأة متوسّطة السن تقف على عتبة باب نصف مفتوح وهي تتطلع إلى داخل الغرفة.





شكل (٦) - ب - امرأة شابة جالسة على حافة كنبة، تنظر خلفها إلى رجل أكبر سناً في فمه غليون ويبدو أنه يخاطبها.



شكل (٧) - أ - رجل كبير ذو شعر رمادي ينظر إلى رجل أصغر منه سناً ويبدو على وجه الثاني شعور الكآبة (علاقة بين المفحوص ووالده).



شكل (٧) - ب - امرأة متقدمة في السن جالسة على كنبة بجانب فتاة تتكلم معها وتقرأ لها، وتمسك الفتاة بدمية في حجرها وتشرد ببصرها بعيداً.



شكل (٨) - أ - شاب مراهق ينظر إلى الأمام خارج الصورة وعلى الجانب الأيسر بندقية، وفي مؤخرة الصورة منظر لعملية جراحية.



شكل (٨) - ب - امرأة شابة جالسة مستندة بذقنها على راحة يدها شاردة بنظرها إلى الفضاء .



شكل (٩) - أ - أربعة رجال بملابس العمل يرقدون على الأرض، وكل منهم في الوضع الذي يريحه.



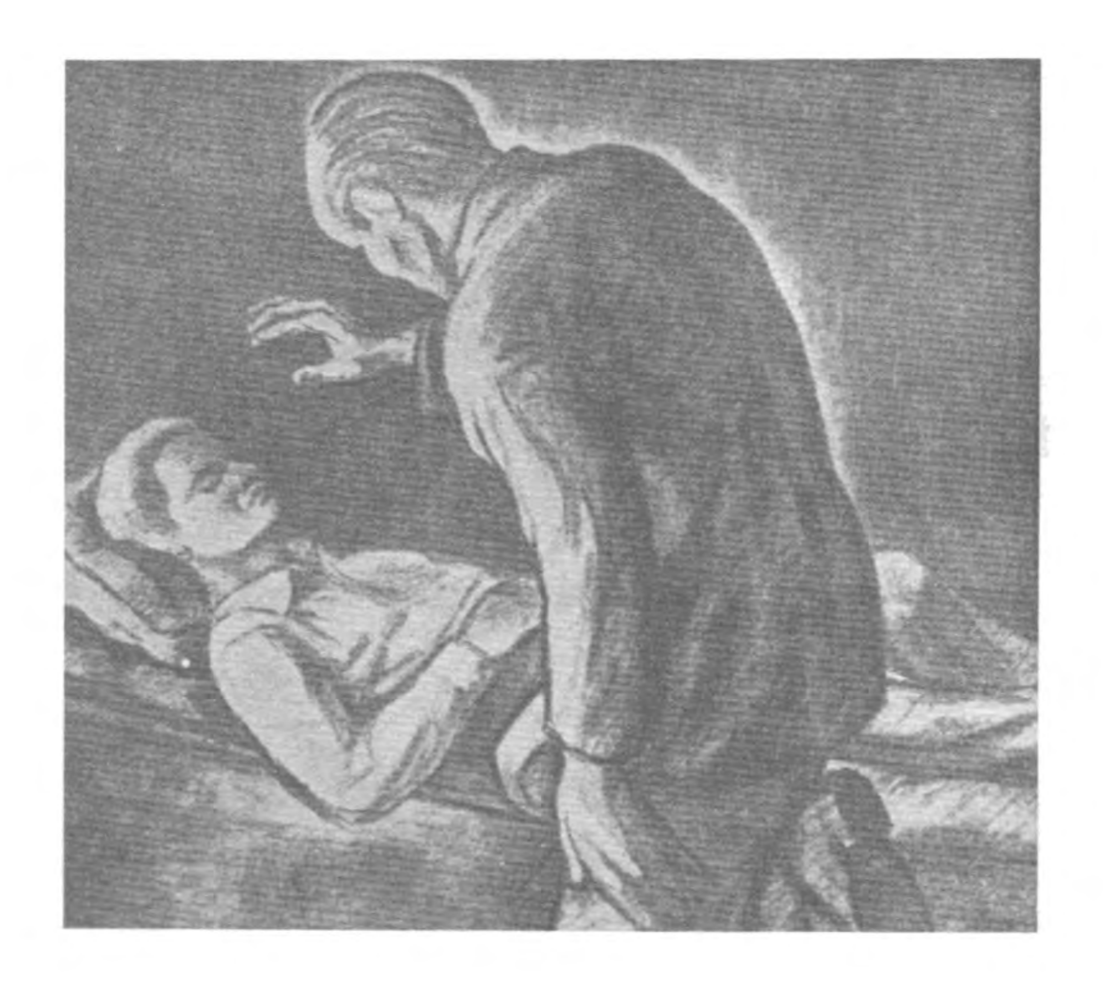
شكل (٩) - ب - امرأة شابة تمسك بمجلة وكيس في يدها تنظر من خلف شجرة إلى امرأة أخرى شابة تجري على الشاطىء وهي مرتدية ملابس سهرة.



شكل (١٠) رأس امرأة شابة مستندة على كتف رجل.



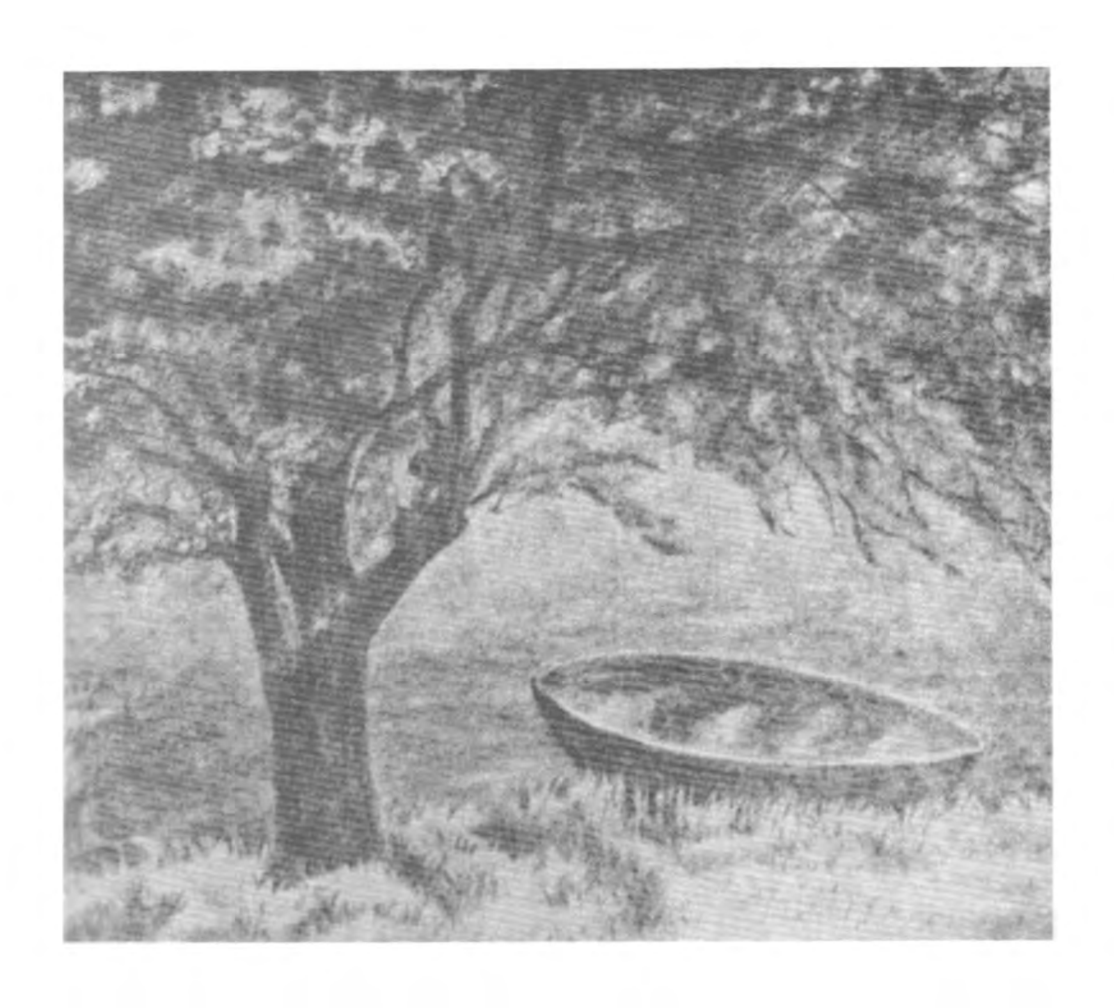
شكل (١١) طريق بين صخور وبه أشكال غامضة ومن الحائط الصخري الأيسر رأس طويل ورقبة لتنين.



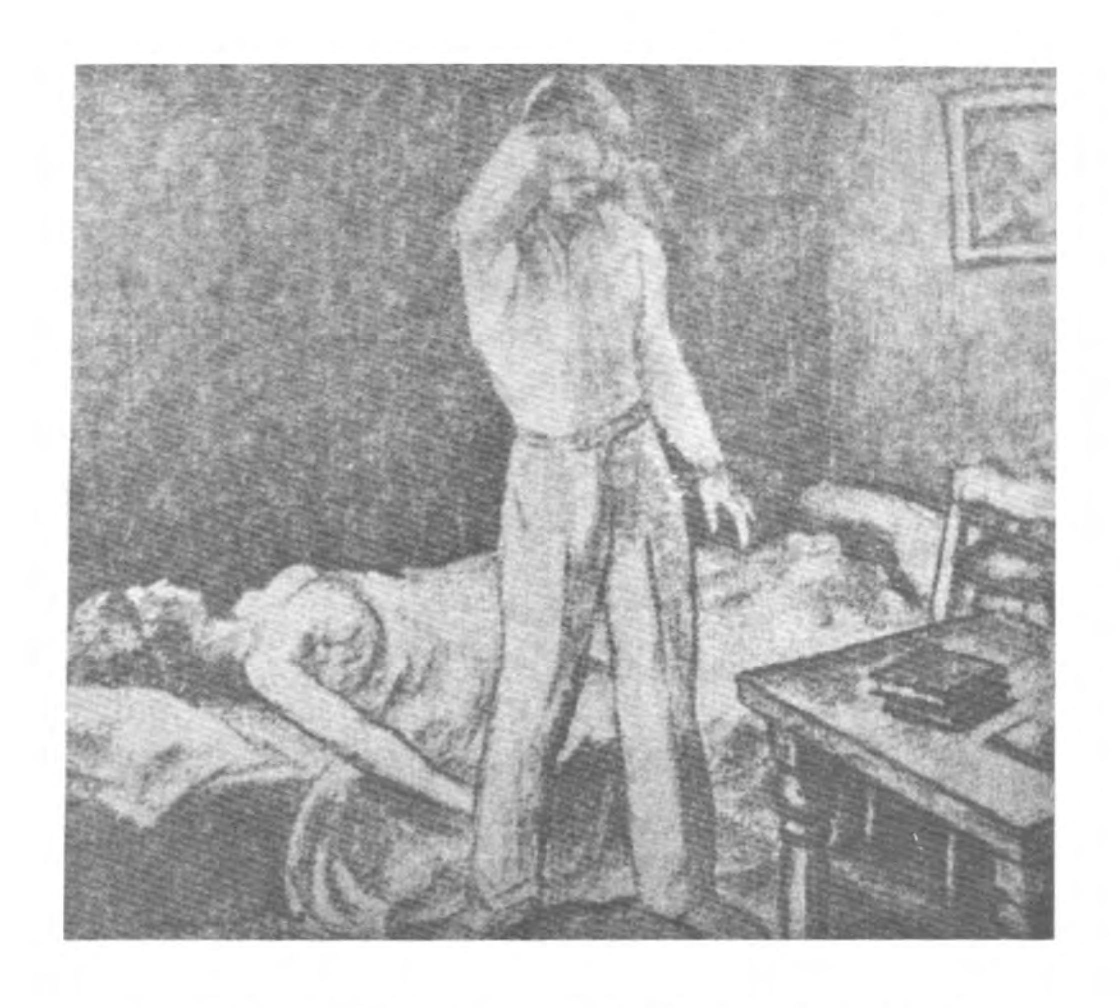
شكل (١٢) - أ - شاب يرقد على كنبة وعيناه مغمضتان، وينحني عليه رجل مسن ونحيل ويده تمتد منبسطة على وجه الشاب الراقد.



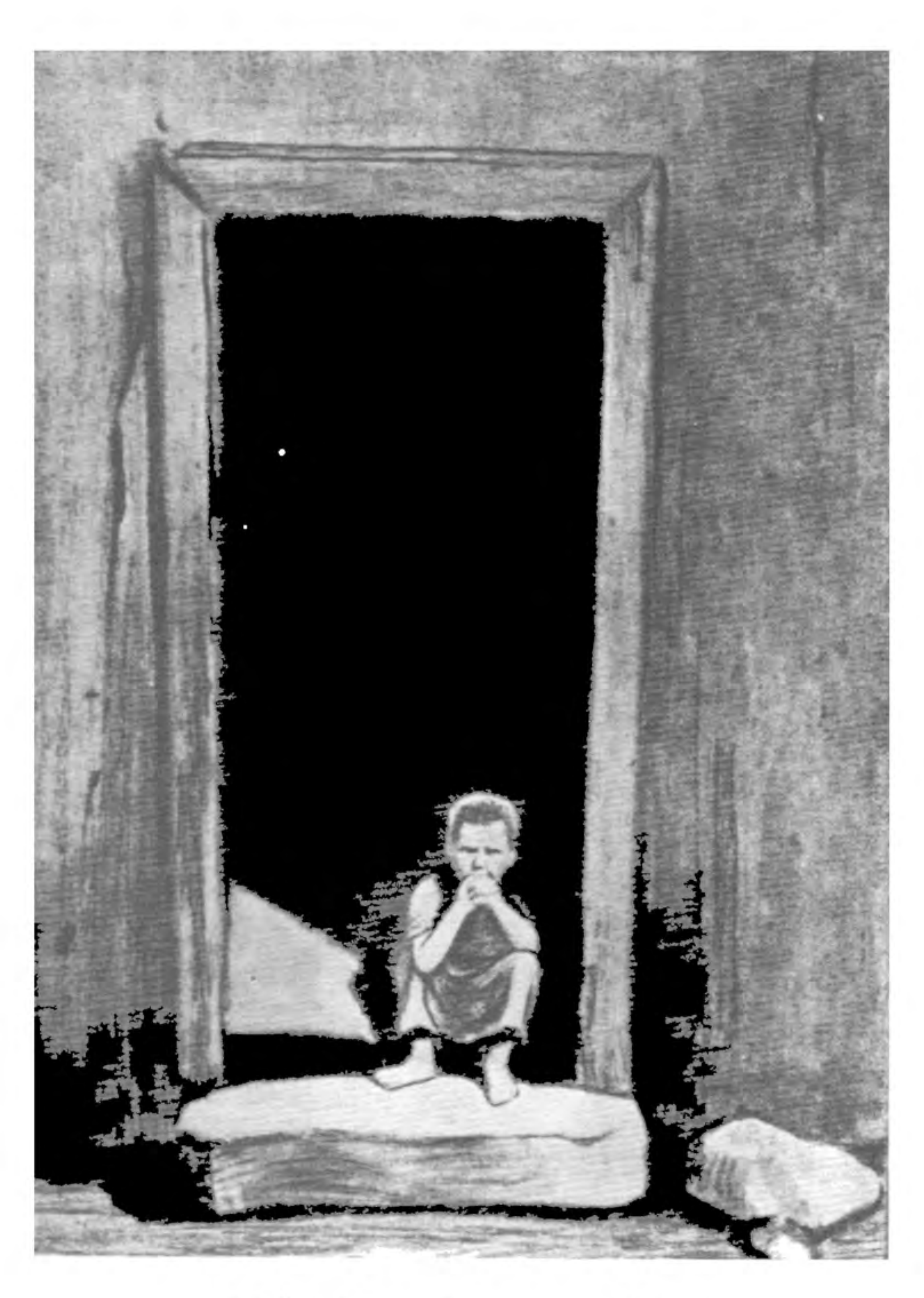
شكل (١٢)- ب- وجه امرأة شابة؛ وفي مؤخرة الصورة وجه امرأة عجوز غريبة الشكل وعلى رأسها غطاء وتحملق بشكل متجهم.



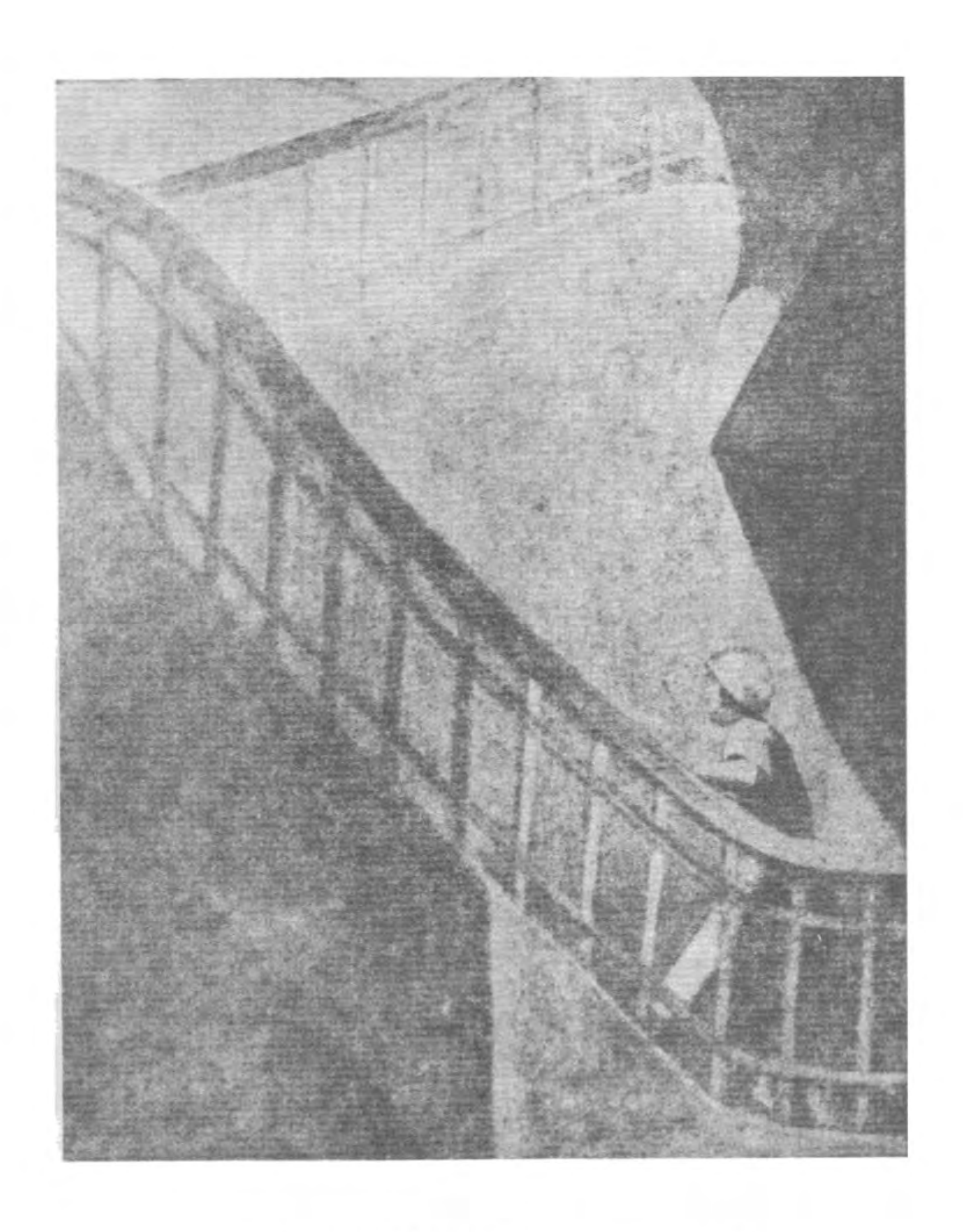
شكل (١٢)- جـ - قارب تجديف موجود على شاطىء نهر في مكان مليء بالأشجار ولا يوجد في الصورة أي إنسان



شكل (١٣) - أ - شاب يقف مطأطيء الرأس ويخفي وجهه بذراعه وخلفه امرأة راقدة على سرير.



شكل (١٣) - ب - صبي صغير جالس على عتبة باب كوخ خشبي



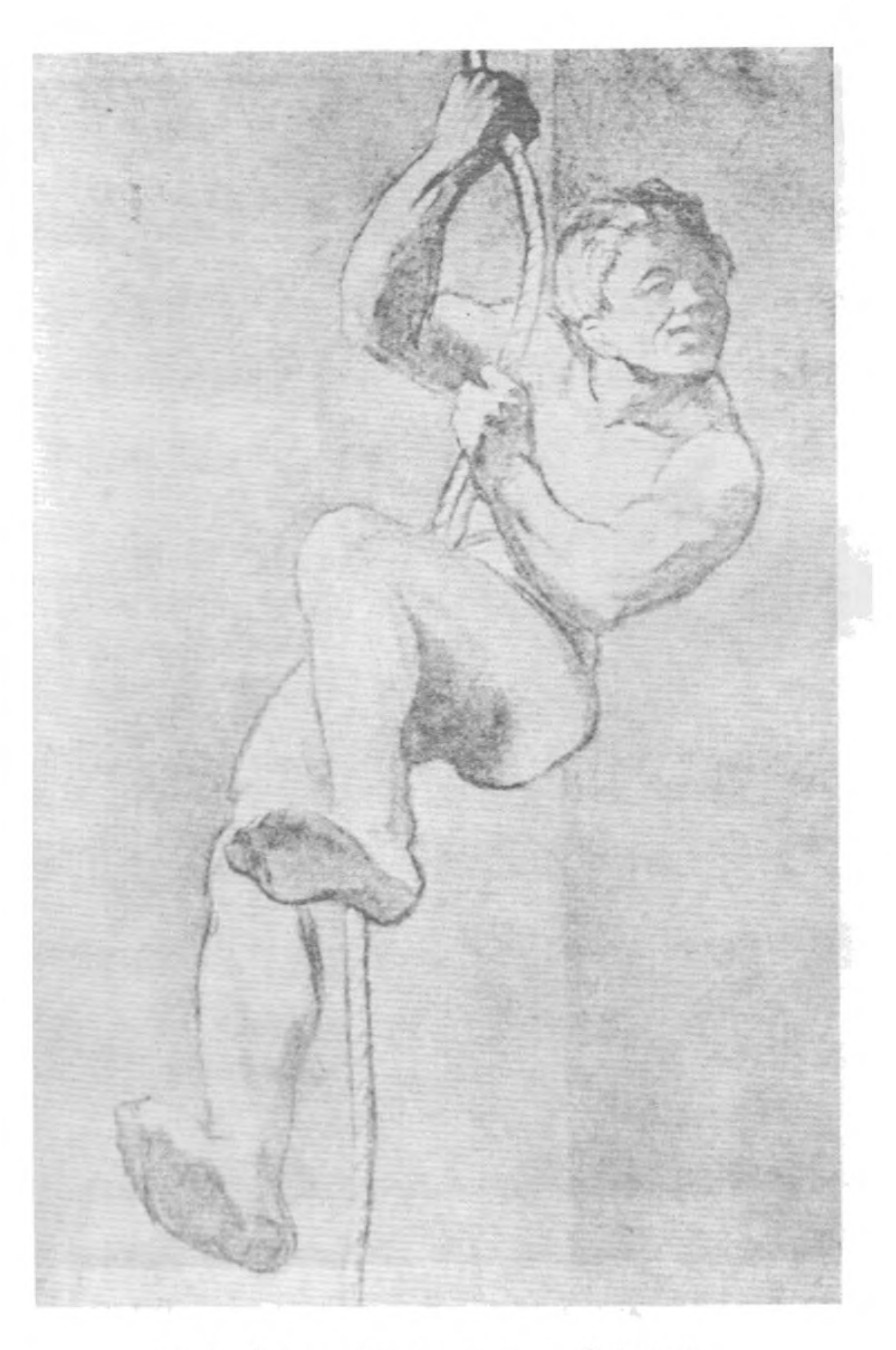
شكل (١٣) - ج - فتاة صغيرة تصعد سلماً حلزونياً عاليا .



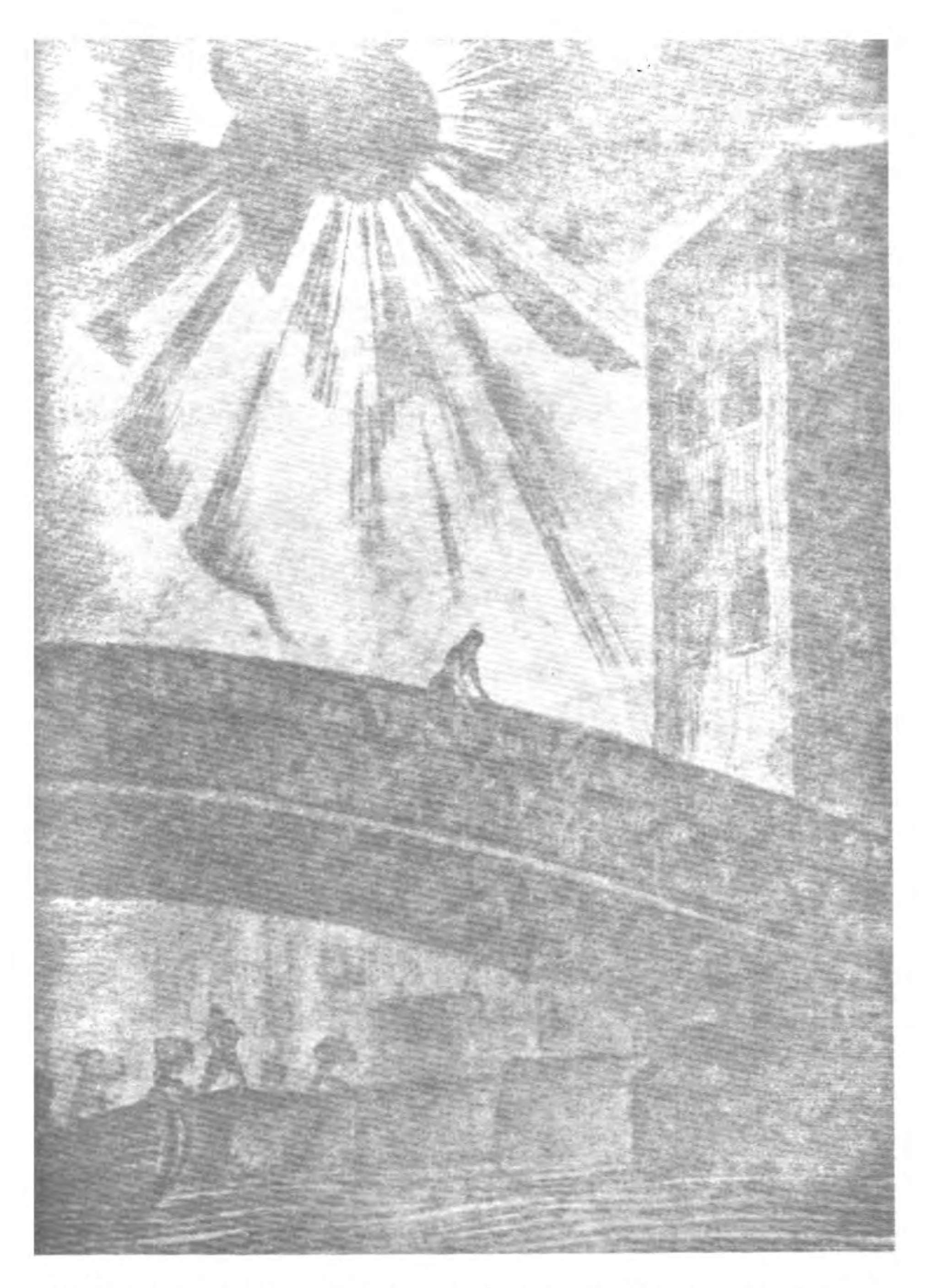
شكل (١٤) ظل معتم لرجل أو امرأة يقف أمام نافذة مضيئة وبقية الصورة في ظلام (الأسف واللوعة)



شكل (١٥) رجل نحيل يضم يديه كل واحدة باتجاه الأخرى وهو واقف بين القبور.



شكل (١٧) - أ - رجل عار معلق بحبل وهو يتسلق أو يهبط عليه.



شكل (١٧) - ب - كوبري على مجرى ماء وامرأة تقف منحنية على سور الكوبري. وفي مؤخرة الصورة مبان عالية ورجال صغار القامة.



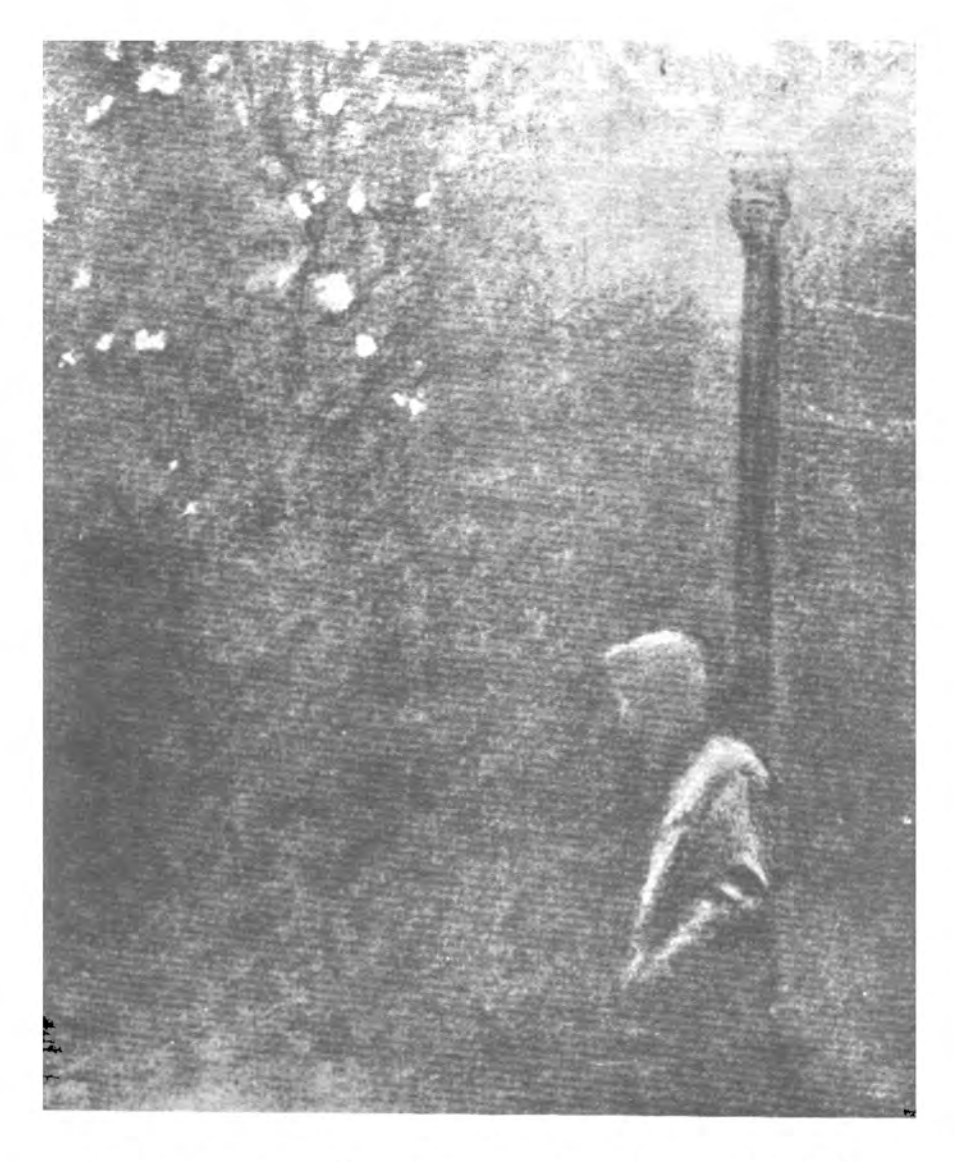
شكل (١٨) - أ -   ثلاث أيد تقبض على هذا الرجل من الخلف ولا يظهر الأشخاص وراءه.



شكل (١٨) - ب - امرأة تقبض بيديها على عنق امرأة أخرى ويبدو أنها تدفعها إلى الخلف نحو درابزين السُّلَّم.



شكل (١٩) رسم غريب لتجمعات غيوم وضباب فوق كوخ صغير منعزل في جو عاصف.



شكل (٢٠)　　شكل معتم لرجل أو امرأة في هدوء الليل يستند إلى عمود مصباح.



شكل (٢١) رسم معتم لرجل مسن ممسك في يده بشيء مستطيل الشكل وهو يحاول اعطاءه لشاب صغير السن. وأمامهما منضدة عليها وعاء يحتوي على شيء غير واضح. وفي مؤخرة الصورة شكل مبهم يرفع يده إلى القرب من فمه.

ملاحظـــات عامـــة حول اختبـــار تفهم الموضوع: خلافـــاً لاختبار - الرورشاخ - لم يبدأ اختبار تفهم الموضوع بنظام تفسير شامل في بنائه. فإن (موري Murray)[٢٥] ومساعديه في (عيادة جامعة هارفارد النفسية بأمريكا) قد اقترحوا طريقة جيدة. وجاءت بعدها دراسات حول طرق التفسير والتصحيح لهذا الاختبار وكان من أبرزها طريقة (شتين عام ١٩٤٧ Stein, M. J.) وطريقة (بتي آرون: Betty Aron عام ١٩٤٩)، وطريقة (شنيدمان، وجويل، وليتيل عام ١٩٥١ Shneidman, E. S., Joel. W. And Little, K. B.) وتعتبر حالياً أشهر طرق التصحيح والتفسير لاختبار تفهم الموضوع طريقتا العالمين (بلاك وسيلفان تامكينز):

Black and Silvan, S, Tomkins

ويمكن للقارىء أن يجد مزيداً من التفاصيل عما عرضناه في هذه المصادر وجدير بالذكر أن نشير أن (موري Murry) لفت نظر الفاحص لملاحظة الناحيتين التاليتين في إجابة المفحوص:

أ- التمييز بين الغث والسمين: Grain and Chaff في تأليف المفحوص للقصة ونوعية كلماته ووزنها.

ب- ملاحظـة العَرَضيّ والمؤقـت: Transient + Enduring عـلى الأخصائي أن يضع في عين الاعتبار في تفسير القصص بين محددات الموضوعات العرضية المؤقتة الموقفية، وبين محددات الموضوعات الدائمة التي تتمركز الشخصية حولها.

وثمة تعليقات مفيدة لدراسة حالات قام بها العالمان (باب وسكات Pope + Scott) تلقي للقارىء الذي يهتم بالتفاصيل عن تفسير هذا الاختبار وفوائده[٢٦].

الثبات والصدق في اختبار تفهم الموضوع: يؤكد العالم (فريمان[٢٧]؛ Freeman) أن تفسير اختبار تفهم الموضوع (غير موضوعي وغير كمي) كما هي الحال في اختبارات الذكاء وإنما يعتمد على تفسيرات ذاتية وشخصية.

اتجه العلماء نحو (ثلاثة طرق) للتأكد من ثبات هذا الاختبار وهي:

أ- طريقة الاتفاق بين المفسِّرين: ويطلق عليه ثبات المفسِّرين حول التحليل والتفسير والتصحيح، وكشفت الدراسات أن معاملات الارتباط في هذا الاتفاق بين المفسِّرين الذين لديهم (تدريب متشابه) ويستخدمون (نظماً متشابهة) تصل بين (٠,٣٠ - ٠,٩٠).

ب- طريقة إعادة التطبيق: وقد تبين أنه كلما طال الزمن بين التطبيقين قلَّ معامل الثبات؛ والثبات الأكبر يتم عند اتفاق المفسِّرين على إعادة التطبيق بعد فترة قصيرة. ويؤثر في الثبات نمو وتغيُّرات الشخصية عند المفحوصين والفاحصين عبر مرور الزمن وكذلك مدى ثبات شخصيات الفاحصين.

ويشير (تامكينز: Tomkins) أن معدل الثبات الوسطي بعد (٦) شهور هو (٠,٦٠) ويرتفع بقصر المدة بين التطبيقين إلى (٠,٨٠) بعد (شهرين) وينخفض بعد طول المدة إلى (٠,٥٠) بعد (١٠) شهور.

جـ- طريقة التجزئة النصفية: وتتم بحساب معاملات الارتباط لتكرار الحاجات التي ظهرت في القصص وشدتها، ودلت دراسات سانفورد: Sanford أنها تتراوح بين (٠,٤٨ - ٠,٤٦) أما الثبات المعتمد على التناسق الداخلي فقد أشارت دراسة العالم (تشايلد Child) أن المعاملات تراوحت بين: (٠,٧٠ - ٠,٣٤).

أما عن (صدق الاختبار) فقد وجد العلماء (عدة أساليب) للتأكد منه وإن من أهمها الطرق التالية:

أ- مقارنة إجابات الاختبار بتواريخ حياة المفحوصين أو بنتائج دراسة الحالة التي استخدمت بها أساليب أخرى.

ب- مقارنة خصائص الشخصية المعروفة للأفراد أو المجموعات بسجلاتهم على اختبار تفهم الموضوع.

جـ- مقارنة نتائج الاختبار مع نتائج اختبارات أخرى تجرى على (نفس الحالة) كالرورشاخ أو غيره.

وقد أشار د. عطية محمود هنا إلى (أساليب أخرى) يمكن للقارىء التزود بتفاصيلها في كتابه (علم النفس الإكلينيكي - التشخيص)[٢٨].

نظرة تقييمية لاختبار تفهم الموضوع:[٢٩]

يبدو أن ثمة قبولاً بين النفسانيين وعلماء الشخصية بالذات على قيمة هذا الاختبار لفهم الحالات الفردية تحليلياً رغم أن مكانته في مستويات (القياس النفسي) من حيث الصدق والثبات ما تزال مكانة محدودة. وبالإضافة لاستخدامه في الأغراض الإكلينيكية فإن استعماله (بين الأسوياء) من طلبة المدارس والكليات والجامعات شائع وقائم. ويكشف اتجاهات معينة تجاه الجنس والسلالة واللون والدين والحضارة والمستوى الاقتصادي.

ومن العلماء من يراه (مدخلاً ناجحاً) في بداية التشخيص والعلاج وأداة نافعة للمقابلات الأولى. ويوفر الوقت والجهد. ويرى النقاد أنه لا بد من

إجراء تدريب دقيق للأخصائي الذي يقوم بتطبيقه؛ دون الاكتفاء به فقط.

أما اختبار تفهم الموضوع للأطفال (C. A. T) من السن (٣-١٠) المتضمن (١٠) صور لحيوانات معروفة وتمثل مواقف بشرية فقد يكشف مشكلات الكلام واللفظ عند الطفل وكذلك الاتجاه نحو الوالدين، وخيالات الطفل تجاه العدوان؛ والكبار؛ ونوعية الاستجابة والتعامل مع المشكلات وثمة علاقات بينه وبين أسلوب (التحليل النفسي) أشار إليها (تامكينز) في دراسة عميقة على شخص واحد استغرقت (٧٥) ساعة في مقابلات يومية وفحوص نفسية. ويعتمد تفسير القصص على الدلالة الرمزية المرتبطة بالمضمون.

وقد أورد الدكتور عطية هنا والدكتور سامي هنا عشر صور أخرى بديلة لتبين المشكلات التي يتعرض لها الأطفال بصفة متكررة وليست - بالضرورة - ومن أمثلتها:

- الخوف من الأنشطة البدنية أو الإصابة الجسمية.
- مشكلات الأطفال في المدرسة.
- تخيلات الاشتهاء.
- الميول النكوصية والمنافسة.
- أفكار تصور الجسم والتخيلات.
- المخاوف المرتبطة بحمل الأم.

وعلى الرغم من قيمة هذا الاختبار كأداة مفيدة للتشخيص فإن من الخطأ الاعتماد عليه بمفرده والتقيد في نظرية التحليل النفسي كمرشد للأخصائيين في إعداده وتطبيقه وتفسيره.

[٦] اختبار الرورشاخ الإسقاطي(٣٠)(*)

يعتبر اختبار الرورشاخ: Rorschach Reflective Test من الناحية التاريخية أول الأساليب الإسقاطية في تقييم الشخصية واتسع استعماله الإكلينيكي لاعتماده على أسلوب (تداعي الأفكار). وهذا الاختبار المؤلف من (١٠) بقع حبر على بطاقات وبعضها ملوَّن اختارها (هرمان رورشاخ: Herman Rorschach) وتذكرنا بالرسوم و (الفن التشكيلي) الذي يعرف الفنان (مضمونات رموزه) ومعانيها ويترك للفرد محاولة الفهم واكتشاف المضمون بصورة إسقاطية تعبيرية تفسيرية لها. وقد ترجمها إلى العربية (غنيم، وبريدة عام ١٩٦٥).

التعليمات: يقول الفاحص للمفحوص عند التطبيق: «سأريك عدداً من بقع الحبر المطبوعة على بطاقات، وأود أن تخبرني ماذا تشبه هذه البقعة؛ وماذا تفكر عند رؤيتك لها.» ويؤكد الفاحص للمفحوص أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة. ورغم أن البطاقات تقدم للمفحوص في وضع مقنَّن؛ فإن له الحرية في أن يديرها بيده في أي اتجاه. ويركز السؤال عن (مكان) كل استجابة؛ و (خصائص المثير) في البقعة التي ساعدت على إثارة هذه الاستجابة.

إن (التداعي الحر): Free Reflection و (الاستفسار) أو (التعليل): Interpretation هما الركيزتان في تطبيق اختبار الرورشاخ.

والزمن المذكور في كل بطاقة (وهو الرقم المذكور بعد رقم البطاقة) يدل على زمن رد الفعل بالثواني، نعني الزمن المنقضي من بدء تقديم البطاقة إلى المفحوص حتى اللحظة التي يبدأ فيها الاستجابة.

نموذج استجابة:[٣١]

بطاقة (١) - ١٢ - ثانية:

١ - (W) خنفسة كبيرة ولها لحيتان من نوع معين.. تشبه خنفسة طائرة.

٢ - (D 4) قسيس شرقي.. في صلاة أو ابتهال ورأسه منحني.

٣ - (W) أو فتاتان ترقصان (كل D 2 يمثل فتاة) تتمايلان حول جهاز جيمنيزيوم وملابسها تتطاير حيث أنها تلفان حول المركز.

٤ - (W) أول رد فعل جاءني حقيقة هو (وطواط كبير ضخم)؛ حيوان.

٥ - (داخل تفاصيل في جزء Dd 29) توجد مجموعة من وجوه مختفية، وجوه عابسة، كما لو كانت ملائكة في السحب في الرسوم الإيطالية؛ إنها قطط حقيقية: انظر الشكل (٢٣).

٦ - (W.S) آه، الآن اتضحت، بدلاً من قسيس وعاء زينة ياباني من الأشياء التي يضعها اليابانيون في حدائقهم الرسمية... محفور في الحجر.

٧ - V (W S) أو قد تصور رجلاً منتصباً رجلاه متباعدتان والرأس مختف وتبدو ملابسه.

(نموذج لبقع الحبر في اختبار الرورشاخ) الشكل (٢٣)



٨ - (W S) إنها تشبه جمجمة حيوان.. كما تبدو لفرد لا يعرف علم العظام.. التفاصيل كلها لا تدل على ذلك.. لكن الشكل العام هو ذاك.

٩ - W (مع D I كأنها مخالب) صورة توفيقية لطائرين بحريين. الجناحان مرفوعان كما في حالة الطيران، والخلبان كأنها يمسكان قنبرة من فوق الرأس والجسد.

إن (هنري رورشاخ) لم يؤكد على المضمون الخاص بالتداعي في نظام التفسير الذي اتبعه. وإنما ركز اهتمامه على (الخصائص الشكلية للاستجابات الإدراكية للمفحوص؛ والتي يمكن تحديدها في (أربع زوايا هامة):

١) كم عدد الاستجابات؟ ما هو زمن رد الفعل؟ كم مرة تكرر رفض الإجابة في عدة بطاقات.

٢) هل تتحدد الإجابة فقط بشكل البقعة أم هناك اهتمام أيضاً بالحركة واللون؟ Motion and Colour

٣) هل يدرك المفحوص الشكل ويفسره ككل أم كأجزاء؟ وما هي الأجزاء التي اهتم بتفسيرها؟

٤) ما الذي يراه المفحوص؟[٣٢]

نماذج لاستجابات بعض الفئات الإكلينيكية:

(أولاً) خصائص استجابات العصابيين:

١ - عدد الاستجابات أقل من الأسوياء.

٢ - عدد الاستجابات الحركية أقل.

٣ - الاستجابات الحركية الحيوانية أكثر من الإنسانية.

٤ - صدمات لونية وصدمات ظل.

٥ - رفض لبعض البطاقات.

٦ - نسبة الشكل أكثر.

٧ - نسبة الحيوان أكثر.

٨ - الاستجابات الشكلية اللونية لا تزيد عن واحدة.

(ثانياً) خصائص استجابات الفصاميين:

١ - أكثر إحساساً بالأجزاء الدقيقة.

٢ - وجود استجابات جزئية - كلية (ج ك) يؤيد التشخيص.

٣ - منوال الإدراك غير منظم.

٤ - تتابع مضطرب.

٥ - استجابات لونية أو لونية شكلية أكثر.

٦ - الاستجابات اللونية إلى الشكلية اللونية أكثر.

٧ - نسبة الأشكال الجيدة أقل.

٨ - نسبة الاستجابات غير المألوفة أقل.

(ثالثاً) خصائص استجابات الاكتئابيين:

١ - جودة الأشكال.

٢ - قلة الكليات.

٣ - نمط الإدراك ضعيف.

٤ - المحتوى ضعيف وقليل التنوع.

٥ - زمن الرجع طويل.

٦ - اختفاء الاستجابات اللونية.

٧ - الاستجابات الحركية قليلة.

٨ - زيادة نسبة الاستجابات الحيوانية وقلة الاستجابات الإنسانية.

(رابعاً) خصائص استجابات ضعاف العقل:

١ - كليات غامضة رديئة.

٢ - التتابع ضعيف.

٣ - نسبة الشكل الجيد منخفضة.

٤ - كثرة الاستجابات اللونية واللونية - الشكلية.

٥ - استجابة واحدة حركية (بطاقة ٢).

٦ - محتوى الاستجابة ضيّق.

٧- الاستجابات الحيوانية كثيرة.

٨- الاستجابات غير المألوفة قليلة.

(خامساً) خصائص استجابات حالة بارانويا:

بطاقة (١).

- جزء (D2) وجزء (D4) سيطرت قوى الشر على قوى الخير مخالب بأكملها في رقبتها.
- (جزء D2) طبيبان بأيديها، ينظران إلى أم وميلاد طفل. الطبيبان يرتديان قبعتين (جزء D5) هما يرتديان ملابس الأطباء يقومان بعلاج أيدي (جزء D1) الطفل (جزء D4) أنا لا أرى الأم، لكن إذا رأيتها كأم فليس لها يدان، أو ذراعان (جزء D1) أو ردفان (جزء D3) أو ساقان (جزء D d 31) يحتمل أن تكون مائلة للأمام؛ تسأل المساعدة؛ وهما يعتنيان بها.

الإدراك في اختبار الرورشاخ:

كان اختبار الرورشاخ في نظر علماء النفس (اختباراً إدراكياً):

Perceptual Test.

ويبدو أن هذا ما أراده مؤلفه. والنظر إلى (بطاقات الحبر) غايته (إدراك ما وراءها) إسقاطياً. وحين نعود إلى بحوث الإدراك ونظرياته نجد العديد من النظريات بين أيدينا. وتعتبر نظرية (سولي، ومور في Solly and

Murphy) من أكثر النظريات ملاءمة لفهم استجابات (بطاقات الرورشاخ). ومحتواها يختلف عن النظريات الأخرى التي ترى أن النشاط الإدراكي يحول الطاقة الطبيعة مباشرة إلى إدراك؛ بل على العكس إن (المثير) الصادر (يتفاعل) مع كائن حي عضوي أو مع شخصية ذات تاريخ فريد. وإن الإدراك (نتيجة مركبة) لكل من المثير ذاته؛ والعمليات المعرفية المختلفة لدى من يقوم بعملية الإدراك، وعلى هذا فليس الإدراك (استجابة آلية) كما يرى السلوكيون في التو واللحظة، بل هو نقطة نهاية لسلسلة متتابعة من الأحداث المحددة التي تبدأ باتجاهات وخبرات الفرد المسبقة؛ فهو مسبوق بتوقعاته. ويؤكد العالمان (سولي ومورفي) أن الإدراك في هذا الاختبار يمر في مرحلة محاولة ومراجعة وخطأ وتصحيح وبذلك يكتسب الإدراك معناه الخاص ويعتبر حادثاً مدعماً لأنه يعني معرفة المدرك (بالنتائج).

ويلخص (وود وورك: Wood Work) بإيجاز مرحلة (المحاولة والمراجعة) في الإدراك بما يأتي:

أ - دور المحاولة هو قراءة عملية (اختبارية) للعلامة.

ب - كشف عملي (اختباري) للمغزى.

جـ - تحديد عملي (اختباري) لخصائص الموضوع.

وعلى هذا فإن (دور المراجعة) هو قبول أو رفض، وتدعيم إيجابي أو سلبي للإدراك العملي الاختباري. ومن خلال المتابعة الدقيقة لبحوث الإدراك نلاحظ أن هناك اتساقاً بين الأسلوب الإدراكي في دراسة الشخصية مع كل من نظرية الإدراك والشخصية: Consistency، ويبدو

أن البحث الإدراكي في بطاقات الرورشاخ والبحوث الإدراكية الأخرى المتعلقة بالرورشاخ قد فشلت على وجه العموم في التوصل إلى (مبادىء محددة) خاصة بتفسير الرورشاخ. ويمكننا من خلال فهمنا (لنظرية الشخصية) أن ننظر إلى اختبار الرورشاخ كأداة لكشف كل من مظاهر الأنا وديناميات الفرد المتماشية مع الفهم التحليلي للشخصية والسلوك. ولعلنا نلاحظ من خلال المثال التالي لاستجابة (امرأة فصامية) شابة بأن الرورشاخ يدلنا على (الفكر المضطرب).

استجابات امرأة فصامية: Schizophrenic

١ - (جزء D1) تشبه وجهين لكلبين.

٢ - (جزء D3) الأحمر يشابه لهيب النار.

٣ - (W) إذا أدرتها حول نفس الكلبين (جزء D1) وأبعدتها عن الاحتراق بلهيب النيران (جزء D3) منتصف لهيب النيران يوجد ملك بثيابه الملكية والتاج (جزء D4). النيران تتلاشى ويوجد موج من لون أبيض. النيران تتلاشى لأنها فوق رأسي الكلبين. يقف الملك ويداه ممتدتان.

تشخيص اضطراب الكلام في الرورشاخ:

يستطيع الأخصائي عند تحليل استجابات الفرد على الرورشاخ التركيز على ملاحظة (المظاهر الشكلية للكلام واضطراباته) بما في ذلك الدقة الإدراكية، ومضمونها. وثمة علاقة وطيدة بين اضطراب الفكر واضطراب

الكلام؛ وقد يظهر اضطراب (الارتباط) بينها؛ وافتقاد التفكير المفهومي، واتباع المنطق البدائي. ويعتبر (رابابورت، وجيل، وشافر Rapaport, Gill and Schafer, 1946,) في مقدمة العلماء الذين اهتموا بإظهار الاستجابات الخاصة باضطرابات الكلام وأقاموا لها تصنيفاً وتقسيماً خاصاً بها.

الاجترار الفكري والاضطراب في الرورشاخ: (الأوتيزم)

اقترح العالم (بلوير) نظرية الاجترار (الأوتيزم: Autism) في المحاولة لتفسير الصور المتعددة الاضطراب حيث تزداد ضغوط الحياة الداخلية لدى الفصاميين: Autistics مع تقلب خارجي نشيط في الواقع، وانشطار وتشتت شامل في الشخصية. والحالات الشديدة للغاية تنكص تماماً وتعيش في عالم أحلام. والحالات الأقل في الشدة تنسحب إلى درجة أقل Withdrawal;، وكنتيجة للانسحاب الفصامي توجد حالة من حالات التفكير تسمى (الاجترار) التي غالباً ما تحيط بها الأساطير والخرافات الغيبية والأحلام وأحلام اليقظة. وقد وجد (بلويلر) في كل أمثلة الاجترار تعبيراً عن الحاجة الوجدانية عادة في صورة رغبة وأحياناً في صورة رغبة وأحياناً في صورة خوف.

وقد انتهى (بحث تجريبي معملي) إلى أن درجة الانحراف الإدراكي أو - الاجترار - كانت ترتبط بشدة مع حاجة المفحوص للموضوعات ذات القيمة الاجتماعية:

Lack Of Social Adjustment

وتحدث (بلويلر) عن الاجترار في الفكر والتواصل اللفظي:

Thinking And Verbal Communication

وقد تناولت البحوث النفسية الاجترار في مجال الإدراك. ويزودنا الرورشاخ بخاصية جيِّدة هي تقدير الاجترار الإدراكي. وفي مصطلحات الرورشاخ؛ فإن الاستجابة الحقيقية الصحيحة تصل إلى مستوى تكويني جيد. ولكن (الاستجابة الاجترارية) تصل إلى مستوى تكويني مجدب: Meaningless

مثال لاستجابة اجترارية: Autistic

(W) هذه ذبابة، وهنا توجد عيناها (جزء d 2) وهذا فمها (جزء D d S 3o) وجناحاها(جزء DI) وهنا أعضاؤها التناسلية (جزء D3) وإن جدب مستوى التكوين في الاستجابة واضح في نقص الاتفاق مع تركيب بقعة الحبر، وإن الأعضاء المختلفة المسماة عن الذبابة موضوعة تعسفياً على أساس أماكن البقعة وبسبب علاقاتها المكانية بدلاً من أن تكون لتوافقها مع شكل بقعة الحبر أو تركيبها.

مشكلة (الصدق) في اختبار الرورشاخ:

إن من الضروري حين نتصدى لهذه المشكلة أن ندرك أن ثمة اعتبارات كثيرة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار. إنه أولاً يمكن أن تكون بعض درجات الأجزاء دالة Significant ؛ لكن (التفسير الكلي والشمولي) هو المطلوب. ولا توجد بين أيدينا أساليب إحصائية سليمة لتطبيقها على أنماط الاستجابات الكلية. والاعتبار الثاني هو أن ترتيب الاستجابات وتصحيحها وتفسيرها يعتبر عنصراً ذاتياً محضاً Subjective (على العكس من اختبارات الذكاء) لأنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.وبالنسبة

(لمحكات الصدق) فإن التشخيصات الإكلينيكية الفارقة - ليست ثابتة - بقدر كاف.

ويؤكد العالم (فريمان Freeman 1962) [٣٢] بأن رورشاخ استطاع أن يثبت صدق اختباره. وقد تمكن الباحثون من إثبات هذا الصدق بعدة أساليب ومن أبرزها:

(١) أسلوب المجموعات المعروفة:

طبق رورشاخ اختباره على (٢٨٨) مريضاً نفسياً؛ تبدو أعراضهم المرضية واضحة تماماً، وطبقه على أكثر من مائة من الفنانين والطلاب ومتوسطي القدرة وضعاف العقول، وقد وجد من بين هذه المجموعات (فروقاً ذات دلالة) في خصائص أنماط الاستجابات. واستجابات الشكل كان (٥٠٪) أو أكثر من مجموع استجاباتها غير مترابطة، ووجدت حالات رفض كثيرة للاستجابة لبطاقة معينة أو أكثر. وقد اعتبر هذا النمط دليلاً على افتقاد التكيف الاجتماعي، والضبط الصارم للغاية، وكف الأصالة والتلقائية والقلق.

(٢) أسلوب مقارنة استجابات الرورشاخ بالتشخيص الإكلينيكي:

قام العالم (سيغيل Siegel 1948) بتطبيق الرورشاخ على حالات نفسية، وشخصت استجاباتهم. ثم أجرى خبراء نفسانيون (مقابلة Interview) مع نفس الحالات وانتهت إلى تشخيصهم. ثم قورنت النتائج؛ ووجد بعد ذلك (اتفاق عند ٠,٦٢) من الحالات في الجوانب الأساسية بين الأسلوبين قبل

إجراء العلاج. وتعتبر هذه النتيجة من أفضل نتائج الدراسات من هذا النوع.

(٣) مقارنة بروتوكولات الرورشاخ قبل العلاج وبعده:

الفكرة هنا هي إجراء المقارنة قبل العلاج وبعده اعتماداً على تغيير السلوك والشخصية؛ وهي التغيرات التي حدثت في فترة العلاج. أجرى العالم (رويش Roich 1949) دراسة أولى لتقدير تغير الشخصية الناشيء عن العلاج بالتحليل النفسي، والثانية قام بها العالم (ويندل Windle 1952) للتنبؤ بتطور الاضطرابات النفسية التي تحدث عند العلاج بالآنسولين للفصاميين. ونجحت الدراسة الأولى في وجود تغيرات دالة لسجل الرورشاخ قبل العلاج.

وسنشرح في الصفحات التالية أساليب أخرى أخفقت في تحقيق الصدق لاختبار الرورشاخ في مجال تقييمه.

دراسات وأساليب في ثبات اختبار الرورشاخ:

(١) الصور المتكافئة للاختبار: توصل العالمان (هارور وشتينر 1945 Harrower + Steiner) لاستخدام مجموعتين متماثلتين على أنها صورتان متكافئتان لنفس الاختبار وتمكنا بذلك من تحقيق (مجموعة بديلة من بقع الحبر) لها نفس الأنماط من الاستجابات التي أظهرتها بطاقات الرورشاخ. ولكن تنقصها التحليلات التفصيلية للدرجات؛ كما لا تتضمن النتائج عدداً كافياً من الدراسات المقارنة.

ويعتبر اختبار (بين- بيرو رورشاخ Behn-Bero Rorschach

Test)[٣١] اختباراً مكافئاً للرورشاخ الأصلي؛ وقد استخدم لإعادة اختبار المفحوصين بعد فترة (٢٠ - ٢١) يوماً؛ وكان متوسط الارتباط في مقولات التصحيح هو (٠,٥٦ و ٠,٦٥).

(٢) التجزئة النصفية: يقدر الثبات بحساب الارتباط بين درجات الاستجابة للبطاقات المرقمة فردياً وبين درجات الاستجابة للبطاقات المرقمة زوجياً في كل مقولة من المقولات، والتفاصيل الكبيرة والتفاصيل الصغيرة واللون. وتؤدي هذه الطريقة إلى معاملات تتراوح بين (٠,٦٠ - ٠,٩٥) تقريباً. وحالياً لم يعد كثير من الأخصائيين النفسانيين الإكلينيكيين يستخدم طريقة (التجزئة النصفية) في اختبار الرورشاخ حيث قامت (شكوك كثيرة) بشأنها.

(٣) إعادة التطبيق: تستخدم في هذه الطريقة نفس بطاقات الاختبار؛ وقد أثبتت دراسات العالم (فورد Ford 1946) على الأطفال بأن معاملات الثبات للمحددات تراوحت بين (٠,٣٨ - ٠,٨٦) وقد أعيد التطبيق بعد شهر واحد. أما دراسة (إيشلر Eichler 1951) فقد كانت الفترة بين التطبيقين ثلاثة أسابيع، وكان متوسط معاملات الارتباط في مقولات تصحيح متعدِّدة هو (٠,٦٨) وكانت العينة مجموعة من الراشدين. وعند إعادة الاختبار على أطفال المدارس تراوحت المعاملات لمقولات متعدِّدة بين (٠,٥٩ - ٠,٨٣). وفي دراسة (هولزبرج وويكسلر Holzberg + Wexler 1950) كان المفحوصون (٢٠) فصامياً مزمناً ومعاملات الثبات هي: مقولات المكان من (٠,٥٠ - ٠,٩٠) والمحددات من (٠,١٦ - ٠,٩٦) والمضمون من (٠,٣٦ - ٠,٩٤) والدرجات النسبية من (- ٠,١٧ - ٠,٨٤).

وفي دراسة (آلتوس وتامبسون Altus + Thompson 1949) طبق (١٤) من معاملات الرورشاخ للذكاء:

Rorschach Indexes of Intelligence

على (١٠٠) طالب من طلاب الجامعة، واستخدم في ثباتها طريقة إعادة التطبيق، وتراوح مدى معامل الارتباط بين (٠,١٣ - ٠,٩٣) بمتوسط قدره (٠,٦٣).

وفي دراسة (بيكر وكريجر Baker + Creager 1954) فقد تراوحت معاملات الثبات للترتيب بالتجزئة النصفية بين (٠,٧٤ - ٠,٩٧) بمتوسط ٠,٨٦.

(٤) التطابق: Matching

يعتبر كثيرون بأن هذه الطريقة من أفضل الطرق للتحقق من ثبات الرورشاخ، حيث يظل تقرير الرورشاخ كاملاً. ويحقق أسلوب الثبات بالتطابق على أساس الافتراض:

« هل للاستجابات نفس المعنى لدى خبراء مختلفين؟؟ »

فقد ذكر (كروجمان: Krugman, 1942) على سبيل المثال أن (ثلاثة محكمين) اتفقوا تماماً في تطابق (٢٠) سجلاً للرورشاخ في تفسيراتها التي قام بها خبراء غيرهم.

و - في تقديرنا - أن من أبرز العوائق في استخدام طريقة التطابق هو عدم إمكانية الإجراء على عدد كبير من الحالات لأنها تحتاج إلى عدد كبير من المختصين ليقوموا بتصحيحها وتفسيرها.

(٥) التناسق الإدراكي والمفهومي: إن من الطرق الحديثة للتحقق من ثبات الرورشاخ مقارنةً بقع الحبر للرورشاخ مع استجابات لبقع أخرى غيرها. وتدل النتائج في هذه الحالة على أن استجابات المفحوص لأنواع متعددة من الأدوات متناسقة بالنظر إلى عدد الاستجابات، وتعدد التفسيرات، واستخدام اللون. لكن البحوث حول هذه الطريقة الحديثة ما تزال جارية.

(٦) اختبار حدود الثبات أو (محاولة التزييف):

أطلق بعض العلماء على هذه الطريقة، أسلوب اختبار حدود الثبات:

Testing The Limits Of Reliability

فقد يزيف أو يحرف المفحوصون النتائج على أي نوع من أساليب القياس اعتماداً على مقدار ذكائهم وقدرتهم على الجدل في المفاهيم النفسية؛ وعند استخدام هذه الطريقة في الرورشاخ، فإن الباحث لا يحاول بالفعل أن يحل مشكلة الثبات، بل يهدف للإجابة على هذا السؤال:

« هل يقاوم الاختبار محاولات الفرد لتزييف استجاباته بطرق معينة؟ وبذلك لا تمثل شخصيته التمثيل الصحيح؟ »

وفي دراسة تجريبية أجريت على (٢٠) مفحوصاً؛ واستخدمت مقولات التصحيح المختلفة، نجح في مهمة التزييف (ثلاثة مفحوصين) فقط بمستوى دلالة (٠,٥٠) ومفحوصين اثنين بمستوى دلالة (٠,١٠).

ويتضح بصفة عامة أن ثبات الرورشاخ يصل إلى درجة مقبولة بطريقتي (التناسق الداخلي، وإعادة التطبيق) بعد فترة قصيرة نسبياً.

ومن الواضح أن الدراسات المعروفة لا تستطيع البرهان بوضوح على (ثبات الرورشاخ) بحساب الأساليب والمعايير المتعارف عليها في القياس النفسي، فإن المحكات والمفاهيم المتعددة في التحقق من الثبات (كما تطبق في اختبارات ذكاء أو استعدادات) لا يمكن تطبيقها على أداة مثل الرورشاخ لأنها أداة غير متشكلة: Unstructured.

اختبار الرورشاخ في الميزان: منذ نشر (هنري رورشاخ) كتابه الشهير (التشخيصات النفسية Psychodiagnostics, 1922) فقد برزت آراء المحللين والنقاد حوله على شكل دراسات وبحوث تقيميّة. وقد اهتمت الدراسات التجريبية في التركيز على (خصائص المثيرات في بقع الحبر). ويتناول الأخصائي في القياس النفسي درجات الرورشاخ كما لو كانت درجات اختبار مقنن، ويقدر الثبات والصدق بالوسائل القياسية النفسية في تحليل نتائج الاختبار كمياً وإحصائياً. وفي الدراسات التجريبية اعتبر العلماء (اللون) بمثابة - بؤرة الاهتمام - Target of Attention والنتيجة هي استخدام اللون كمثير إدراكي.

وثمة شعور بين الأخصائيين الإكلينيكيين في أن أي مناقشة لجوانب القياس النفسي للرورشاخ قد تبدو (متناقضة ظاهرياً) حيث يبدو غموض أساسي في هذا الاختبار. ويظهر هذا الفشل بوضوح فيما بين التمييز بين الرورشاخ كأداة تحليل إسقاطية في أيدي إكلينيكي ممتاز وبين الرورشاخ باعتباره وسيلة قياسية نفسية، والتي تجعل للدرجات علاقة بتقييم الشخصية.

لقد أصبح واضحاً تماماً أن (التقديرات الكلية) للرورشاخ مفيدة؛ وعلى النقيض من هذا فإن الصدق القياسي النفسي لإجابات الرورشاخ منفصل

وإن النسب و (البروفايلات - المبيانات النفسية) المأخوذة من هذه الدرجات لم تكن واضحة تماماً.

وبعض العلماء يميل إلى الاعتقاد بأن استخدام اختبار الرورشاخ كاختبار قياسي نفسي قد ثبت فشله. وإن عدم ملاءمته ليكون وسيلة قياس نفسي قد اتضحت في جوانب كثيرة؛ فدرجات استجابات الرورشاخ ليست موزعة توزيعاً اعتدالياً. لذلك فإنها غير قابلة للتناول الإحصائي البارامتري؛ والواقع أن الكثير من درجات الرورشاخ مبتورة في توزيعاتها. وكنتيجة لهذا التوزيع غير المألوف فإنه من المستحيل تحويل الدرجات الخام إلى (درجات مقننة). وتزداد صعوبة هذه النواحي في التفسير لعدم وجود (بيانات معيارية) لمختلف درجات الاستجابات على اختبار الرورشاخ[٣٥].

وتوجد فجوات نقدية متعددة أثارها العلماء حول عدم ملاءمة اختبار الرورشاخ للقياس النفسي ومن هذه النقاط نقص الموضوعية في التعليمات لتصحيح (مختلف المتغيرات). وفي الحقيقة إن ذلك يدل على نقص التقييم المفهومي لتعريفها. ويوجد أيضاً نقص خطير في متطلبات القياس النفسي وهو (التعدد) في نسب أو مظاهر المثيرات التي ينبغي الاستجابة لها من مفحوص إلى آخر. وقد أوضح العالم (جنسن Jensen 1959) الذي قام بحصر التراث الخاص بثبات الأساليب الإسقاطية؛ فأشار إلى دراسات الصدق والثبات، وخلص إلى أن كل بحوث ثبات اختبار الرورشاخ تقوم في مستوى أدنى غير مقبول بالنسبة للاختبارات الموضوعية.

وقد أكدت عدة بحوث عدم صلاحية هذا الاختبار كمقياس موثوق وأبرز هذه الدراسات هي:

أ- إن مقارنة نتائج استجابات اختبارات الرورشاخ بملاحظات

سلوكية على يد خبراء متخصصين ومدربين على ملاحظة سلوك مجموعات مختارة من الأفراد لفترة من الزمن؛ أعطت نتائج (غير متناسقة). وكانت الملاحظات كما أشار (سنجر وسبون Singer and Sphon) تقارن بنتائج الرورشاخ من حيث مظاهر معينة للشخصية؛ مثل: التأدية العقلية، والقلق، والتعبير الانفعالي وغيرها.. وأجريت الملاحظات في أماكن مثل: مخيم للأطفال، أو مركز ترفيهي أو في المدرسة.

ب- قام العالم (كروجمان Krugman 1942) بدراسة استخدم فيها طريقة المقابلة بالتطابق بين تفسيرات الرورشاخ والتقارير الإكلينيكية للحالات. واستخدم في الدراسة أسوياء ومراهقين من بيوت بديلة؛ ومنحرفين. وقد اتضح اتفاق أساسي مقداره (٧٣٪) من المقارنات، واتفاق تام في (٢١٪) واتفاق بسيط في (٦٪) وكانت نتائج بعض الدراسات الأخرى لا تتفق مع نتائج هذه الدراسة. فقد ذكر (هنتر Hunter 1939) بأن (خمسة) فقط من خمسين تقرير للرورشاخ قد قوبلت بالتطابق للأوصاف التي كتبها المدرسون لطلاب مدارس خاصة.

جـ- إجراء الصدق تجريبياً؛ وذلك عن طريق التأثير على المفحوصين؛ أو تغيير المثير؛ أو بيان علاقة استجابات الرورشاخ بردود أفعال فيزيولوجية. ولم تكن النتائج متناسقة تماماً وأثارت بعض البحوث (شكوكاً) حول جدوى الاختبار ككل وبالذات عن مفاهيم الرورشاخ الخاصة بدور اللون.

وعلى الرغم من أن أساليب الصدق تختلف في تفاصيلها فإنها تنحصر في فئتين هما:

التجريبي؛ والتطابقي؛ وهي الأكثر استخداماً والأكبر دلالةً وتعتمد

أساليب التطابق على أن الأوصاف والتشخيصات في الرورشاخ ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالأوصاف والتشخيصات التي يمكن التوصل إليها باستخدام أساليب أخرى، عادة من تواريخ الحالات، والدراسة الإكلينيكية (الطويلة المتأنية).

وأخيراً يجب الإقرار بأن الرورشاخ (ليس اختباراً لكنه أسلوب) لإظهار معلومات عن الشخصية، ويمكن استخدامها بوسائل مختلفة بالرجوع إلى مشكلات مختلفة.

تطوير عملي لاختبار الرورشاخ

تحويل الرورشاخ من (أسلوب) فردي إلى (اختبار) جماعي:

اتضح لكثير من العلماء أن تطبيق الرورشاخ كأسلوب فردي يحتاج إلى الكثير من الجهد والوقت، ويستلزم خبرة فائقة في التصحيح والتفسير. وقد اكتشف العالمان (إريكسون وشتينر:

Harror-Erickson And Steiner, 1945 طريقة - للتطبيق الجماعي للرورشاخ - وذلك بعرض اللوحات المصورة على (شرائح في فانوس سحري) واحدةً بعد الأخرى ولمدة (٣) دقائق لكل واحدة، ثم يدوِّن المفحوصون استجاباتهم حول كل صورة معروضة. ثم ابتكر (إريكسون وشتينر) طريقة جديدة مؤداها: (ثلاث مجموعات من الاستجابات - كل مجموعة ١٠ استجابات) لكل لوحة من لوحات الرورشاخ وعلى المفحوص أن يختار من كل مجموعة الاستجابة التي يفضلها، وهذه الاستجابات هي الأكثر تردداً لدى كل من الأسوياء وغير الأسوياء (١٥ استجابة لكل فئة).

مجهودات آيزينك وتبسيطاته:

قام آيزينك بتبسيط وتقنين محاولات (إريسكون وشتينر) فقدَّم (٩) استجابات لكل لوحة؛ (٤) استجابات منها تدل على (العصابية) و (٥) استجابات (سوية). وعلى المفحوص اختيار الاستجابات التي تنطبق على اللوحة في ترتيب متتابع من حيث التفضيل، وذلك لجعل (التطبيق الجمعي) أكثر موضوعيَّة ولتحقيق (الثبات والصدق) وإجراء كافة التحليلات الإحصائية.

وانتهى (آيزينك Eysenck 1947) إلى أن هذه الطريقة مكنته من قياس (سمة محددة) للغاية للدلالة العصابية Neuroticism هي (عدم المطابقة Lack of Conformity) وبذلك بلغ معامل الثبات النصفي (٠,٨٤) - بعد تصحيح سبيرمان براون - واستجابات اللوحة الثانية التي يختار منها المفحوص في طريقة آيزينك هي:

(   ) حشرة داس عليها أحدهم وشوهها.

(   ) ثعبان.

(   ) وجوه صغيرة على الجوانب.

(   ) جزء من العمود الفقري ملطخ بالدم.

(   ) مغارة أو كهف.

(   ) قنبلة تنفجر.

(   ) فيلان.

(   ) إثنان من فرقة البلياتشو.

(   ) أسود وأحمر.

وقد استخدم الدكتور عطية محمود هنا (١٩٦٦) طريقة آيزينك في دراسة أنماط الاستجابات في التطبيق الجمعي للرورشاخ في بيئة جمهورية مصر العربية، وقد انتهى إلى أن الدلالة العصابية في البيئة المصرية لا تتفق مع نتيجة بحث أيزينك.

ويضيف د. عطية معلقاً:

« ... ورغم أن (التطبيق الجمعي) لاختبار الرورشاخ لا يعطينا صورة كاملة للشخصية كتلك التي نحصل عليها من (التطبيق الفردي) حين يُضحى بقياس زمن الإجابة، وملاحظة سلوك المفحوص، والحرية الطليقة للمفحوص في موقف الاختبار الفردي، بالإضافة إلى الدلائل التي يحصل عليها الفاحص من استفساره عن بعض استجابات المفحوص، كما لا تظهر الدلائل التشخيصية للألوان وما يتيحه التطبيق الجمعي هو الضبط الموضوعي، والتحليل الإحصائي وقياس الثبات والصدق، وبذلك يسهل استخدامه في كثير من البحوث النفسية الإكلينيكية. »

وخلاصة القول: إن اختبار الرورشاخ له قيمة في بيان الاضطربات النفسية. وإن قيمته في (التمييز الفارق) بين الأفراد في المجموعات المتوسطة محدودة، ويرجع هذا لسببين:

أ- إن الفروق بين الأفراد في (المجموعات المتوسطة) ليست واضحة، ومن هنا كان من الصعب قياسها أو تقديرها.

ب- إن الاختبار ليس حساساً للكشف عن الفروق الدقيقة. وهو يحتاج للعديد من البحوث التجريبية والإكلينيكية، ودراسات معيارية لمستويات الأعمار والجنس والمستويات الحضارية والاقتصادية.

ويشدد النقاد على نقص الموضوعية فيه، والاعتماد على التقديرات الشخصية للمفسر والمصحح، والصدق المحدود، وتحديد الاستخدام الإكلينيكي. وإن المختصين في الرورشاخ أمثال العالم (هاروور 1961 Harrower) وغيره مدركون تماماً للمشكلات الخاصة بهذا الاختبار وهم يحاولون مواجهتها كمشكلة الثبات، والصدق والفائدة الإكلينيكية، والقيمة الإرشادية، ودراسة الحالات والقدرة على التنبؤ وكلها مشكلات أساسية وتستدعي المزيد من العمل العلمي والبحوث.

اختبار هولتزمان الجديد لبقع الحبر الإسقاطية:

ابتكر أربعة علماء هم (هولتزمان، وثورب، وشفارتز، وهيرون عام ١٩٦١ Holtzman, Thorpe, Swartz + Herron) اختباراً جديداً لبقع الحبر يراعي (إجراآت القياس النفسي المقننة). وقد وجد هؤلاء العلماء أن من الممكن ترتيب استجابات بقع الحبر ترتيباً ثابتاً بمقاييس هولتزمان المتدرجة. كما يمكن تطبيق وسائل القياس النفسي باستخدام مقاييس هولتزمان المتدرجة أيضاً، وبذلك يتمكن المختص النفسي الإكلينيكي من إجراء عمليات التفسير الخاصة باختصار الرورشاخ.

ويتكون (اختبار هولتزمان) من صورتين تتكوَّن كل صورة منها من (٤٥) بطاقة، وعلى المفحوص أن يستجيب استجابة واحدة لكل بطاقة وبذلك أمكن ضبط العدد الكلي للاستجابات، وهو (نسبياً ثابت) من

شخص لآخر، فضلاً عن أن المقارنات بين الأفراد ذات معنىً أكبر، حيث أن عدد الاستجابات كبير وثابت. كما أن وجود صورتين يمكننا من إجراء الثبات لكل متغير وكانت معاملات الثبات للمتغيرات عالية في الغالب. وهي بين المصححين وأنفسهم تراوحت بين (٠,٧٣ - ٠,٨٩) على عيّنة من (٧٢) طالباً جامعياً. كما كانت النتائج متناسقة وصادقة بمقارنتها باستجابات الرورشاخ(*).

حواشي الفصل الرابع عشر

(1) Shaffer, G. W. + Lazarus, R. S. Fundamental Concepts In Clinical Psychology, New York, McGraw Hill,- 1952.

(2) Gough, H. G.: California Psychological Inventory, Palo Alto, California- Consulting Psychological Press. Inc, 1969.

(٣) الصورة المترجمة إلى اللغة العربية: د. عطية محمود هنا، د. محمد سامي هنا. القاهرة - دار النهضة العربية - ١٩٧٣.

(٤) الاختبار في الأساس يطبق للسن (١٢ - ٧٠) سنة من العمر، ويوصي معرّبا الاختبار البدء به في البيئة العربية من (١٥ - ٧٠) وتبين من خلال التطبيق أنه يحتاج من (١٢٠ - ١٤٠) دقيقة ويعود ذلك لعدم ألفة الطلبة العرب لهذا النوع وغيره من الاختبارات النفسية.

(٥) نقله إلى العربية د. عطية محمود هنا - القاهرة - مكتبة النهضة العربية - ١٩٦٥ - كراسة التعليمات، الأسئلة، صفحة تسجيل النتائج - المبيان النفسي إلخ..

(٦) نقله إلى العربية الدكتور محمد عثمان نجاتي ١٩٦٠ - القاهرة - مكتبة الأنجلو المصرية.

(٧) نقله إلى العربية د. لويس مليكة، د. عطية هنا، د. محمد عماد اسماعيل. مكتبة النهضة العربية - القاهرة (١٩٥٦ - ١٩٥٩). وقام د. لويس مليكة بتقنين معظم مقاييسه في جمهورية مصر العربية. وأجرى د. مصطفى سويف و د. محمود الزيادي (دراسات عاملية) على معظم مقاييس اختبار مانيسوتا.

(8) Welsh, G. S. And Dahlstrom, W. G: Basic Readings On The M. M. P. I. In Psychology And Medicine, Minneapolis, University of Minnesota Press. 1956.

(٩) تميل حالياً آراء كثير من الأطباء النفسانيين إلى بناء (علاقة) بين السلوك الفصامي والإدمان على المخدرات التي كثيراً ما تقود المراهقين من الشباب إلى

الانتحار. وقد صور الفيلم الأمريكي الجديد (موت ريتشي): The Death Of Richie. جانباً من مآسي الشباب التي انتقلت إلى البلاد العربية وإلى منطقة الخليج ومدارسها وجامعاتها بالذات؟ ترى ماذا أعددنا من برامج للشباب الذي ينهار في أتون (الفراغ الروحي والفكري والمهني). إن ثمة بوادر خطيرة قد بدأت تنذر بالخطر في لبنان وسوريا والكويت والبحرين والإمارات ومصر والسعودية ومراكش وغيرها. وسوف تتكرر عندنا مأساة ريتشي.

(10) Pope, B. And Scott, W. H:
psychological Diagnosis In Clinical Practice, New York, Oxford University Press, 1967,

(11) Shaffer, G. W And Lazarus, R. S: Fundamental Concepts In Clinical Psychology, New York, Mc Graw Hill, 1952.

(١٢) د. أحمد عبد العزيز سلامة: تطبيق اختبار تفهم الموضوع على حالات مصرية ١٩٥٦.

(13) Lindzey, G: On The Classification Of Projective Techniques, Psychol. Bull., 1959, PP. 158- 168.

(١٤) انظر: Freeman: 1962

(14) Freeman, F. S.: Theory And Practice Of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962.

(15) Rhode's Sentence Completion Test.

(16) Rotter Incomplete Sentence Blank.

(17) Loevinger, Jane: The Meaning and The Measurement Of Ego Development, The American Psychologist, 1966, PP. 195- 217.

(١٨) نشرت هذا الاختبار (كارين ماكوفر: K. Machover- 1949)

(١٩) انظر: لويس مليكة: دراسة الشخصية عن طريق الرسم - مكتبة النهضة المصرية ١٩٦٨.

(٢٠) راجع للتفصيل: رسالة الماجستير للدكتور عبد العزيز سلامة - كلية التربية - جامعة عين شمس - القاهرة - بإشراف الدكتور مصطفى فهمي.

(٢١) كثير من الأخصائيين يقومون بعملية التسجيل على أشرطة أو كاسيت.

(٢٢) راجع: د. مصطفى فهمي: علم النفس الإكلينيكي - دار مصر للطباعة ١٩٦٧ - ص (٥٤٣ - ٥٥٢) اختبار الأطفال لتفهم الموضوع.

(٢٣) عن أحمد عبد العزيز سلامة: إستارة (بلاك) لرصد وتحليل استجابات المفحوصين لاختبار تفهم الموضوع (كراسة التعليات) - القاهرة مطبعة التقدم - بدون تاريخ.

(٢٤) اختبار تفهم الموضوع يستخدم أيضاً (مع الأسوياء) في الجامعات والمدارس والكليات للكشف عن اتجاهات الشخصية وميولها الإسقاطية.

(25) Murray, H. A.: (E. d): Explorations In Personality; New York, Oxford University Press, 1938, 1953.

(26) Pope and Scott: Psychological Diagnosis in Clinical Practice, . New York, Oxford University Press. 1967

(27) Freeman. F. S., Theory And Practice Of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962.

(٢٨) انظر: د. عطية محمود هنا: علم النفس الإكلينيكي ص ٤٩١ - ٤٩٥ دار النهضة العربية - القاهرة - الطبعة الثانية - ١٩٧٦.

(٢٩) نفس المصدر السابق: ص ٤٩٥ - ٤٩٧.

(٣٠) راجع: تكنيك الرورشاخ: ترجمة د. سعد جلال: ١٩٦٥ (كلوبفر ودافيدسون) القاهرة - المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

(*) أو سيد محمد غنيم وبرادة (هدى عبد الحميد): الاختبارات الإسقاطية: القاهرة (دار النهضة العربية) ١٩٦٤.

(٣١) هذا النموذج استجابة (عميد كلية) عمره (٦٠) عاماً وهو حاد الذكاء وإداري كفء.

(٣٢) لاغنى للقارىء من العودة للتفاصيل التي توصل إليها (برونو كلوبفر وهيلين دافيدسون) في كتابها (تكنيك الرورشاخ) ترجمة: سعد جلال القاهرة - ١٩٦٥ - المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

(33) Freeman, F. S., Theory And Practice Of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962.

(٣٤) راجع (سيد غنيم وهدى برادة) الاختبارات الإسقاطية - القاهرة - دار النهضة العربية - ١٩٦٤.

(٣٥) هنالك ضرورة ماسة في الوطن العربي للحذر من التقليد الأعمى في (الاعتماد الكامل) على ثبات وصدق الكثير من الاختبارات المستوردة من هذا النوع؛ وثمة ما يبرر هذا الحذر وضرورة الالتزام به.

(*) - راجع:

د. عطية هنا: علم النفس الإكلينيكي (الجزء الأول - التشخيص) ١٩٧٦ الطبعة الثانية - دار النهضة العربية - القاهرة - ص ٤٩٧ - ٥٥٧.

- سيد غنيم وهدى برادة: الاختبارات الإسقاطية - دار النهضة العربية ١٩٦٤ - القاهرة.

- Rapaport, D, Gill, M. Schafer, R.; Diagnostic Psychological Testing, Chicago, The Year Book Publishers, 1946.

- Freeman, F. S.; Theory And Practice Of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart And Winston, 1962.

- Krugman, J. I; A Clinical Validation Of The Rorschach With Problem Children, Rorschach Research Exchange, Vol- 6. PP. 61- 70, 1942.

- Harrower, M. R. + Steiner, M. E:

Psychodiagnostic Inkblots, New York, Grune + Stratton, 1945.

- Ford, M; The Application Of The Rorschach Test To Young Children, Minneapolis; University Of Minnesota- 1946.

- Eishler, R, M., A Comparison Of The Rorschach And Behn-Rorschach Inkblot Test, J. Consult. Psychol, Vol 15. PP. 185- 189- 1951.

- Holzberg, J. D + Wexler, M. Predictability Of Schizophrenic

Performance On The Rorschach Test, J. Consult Psychol, Vol, 14, PP. 395, 399, 1950.

- Altus, W.D. + Thompson, G. M., The Rorschach As A Measure of Intelligence, J. Consult. Psychol. Vol 38, pp, 341 - 374; 1949

- Baker, L.M., + Creager, J. A. Rating Scale Technique; Applied To Rorschach Responses, J. Cons. Psychol., Vol 10, PP. 373-375-1954.

- Jensen, A. R; The Reliability Of Projective Techniques; Review Of The Literature, Acta Psychol, Vol, 6, PP. 108- 136, 1959

- Harrower- Erickson, M. R. + Steiner, M. E; Large Scale Rorschach Technique, A Manual For The Group Rorschach And Multiple Choice Test, Springfield, Ill. Thomas, 1945.

- Eysenck, H. J.; Dimensions Of Personality, London, Kegan Paul, 1947.

- Horrower, M., The Practice of Clinical Psychology, Springfield, Ill, .Thomas, 1961

- Holtzman, W. H; Thorpe, J. S, Swartz, J. D, + Herron, E. W:

Inkblot Perception And Personality, Austir; University Of Texas Press, 1961.

- د. عطية هنا:

« تحليل إكلينيكي وإحصائي لاختبار الرورشاخ الجمعي في البيئة المصرية. » ١٩٦٦ - القاهرة - غير منشور.

الفصل الخامس عشر

المقاييس العملية
واختبارات تقييمية إضافية

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد.....
- الاختبارات العملية الرئيسية:

١ - مقياس كورنل - كوكس للقدرة العملية.

٢ - مقياس آرثر للنقط.

٣ - اختبار بنتنر - باترسون.

٤ - اختبار رسم الرجل (غود إنف).

- اختبارات تقييمية إضافية:

- اختبار (رودجرز) اللفظي للأطفال.

- اختبارات إسقاطية إضافية:

١ - اختبار (جاكسون) لتحليل الاتجاهات العائلية.

٢- اختبار (ساكس) لتكملة الجمل.
٣- اختبار (بلاكي) لدراسة التطور النفسي - الجنسي.
٤- اختبار (شنايدمان) لتشكيل الصور.
٥- اختبار (لوفنفلد) لتسهيل الاتصال (اختبار العالم).
٦- اختبار اللعب بالدمى (داڤيدلين).
٧- اختبارات الرسم (كارين ماكوڤر).
٨- اختبار (زوندي): (ليبوت زوندي).

الفصل الخامس عشر:

المقاييس العملية واختبارات تقييمية إضافية

تمهيد: لقد أشرنا سابقاً إلى أن الأطفال أو الكبار ممن يعانون بعض العاهات الجسدية أو اللفظية كعيوب النطق وغيرها لا يمكنهم الاستفادة من الاختبارات (النظرية - اللفظية) ولا بد لنا من استخدام وسائل أخرى معهم للتقييم ولذلك برزت الحاجة لوجود (اختبارات عملية) لتملأ هذا الفراغ؛ وتسد هذا النقص. وتحتوي هذه الاختبارات على فقرات يطلب فيها من المفحوص أن يفعل شيئاً لا أن يقول شيئاً. مثال ذلك أن نطلب من المفحوص أن يسير بالقلم في المسارات الصحيحة لمتاهة، أو أن يقوم بوضع أشكال معينة في الفجوات المناسبة لها على لوحة لهذه الأشكال، أو أن يقوم بتجميعات لمكعبات في شكل معيَّن، أو أن يقوم بتجميع أجزاء صورة مقطعة بطريقة معينة.. إلخ..

وصحيح أن مقياس (ستانفورد - بينيه) ومقياس (ويكسلر - بلفيو) للذكاء يحتويان على فقرات من هذا النوع، ولكن لا تزال هذه الاختبارات تحتاج إلى استجابات لفظية، وأما الاختبارات العملية فقد صممت أساساً للاستغناء عن هذه الاستجابة اللفظية.

ونجد أحياناً في هذه الاختبارات فقرات تشبه تلك الموجودة في اختبارات الاستعدادات الميكانيكية أو المهارة اليدوية، ولكنها لم تصمم

لقياس هذه القدرات، وإنما لكي نستدل على الذكاء من قدرة الشخص على معالجة هذا العمل اليدوي بطريقة معينة.

وسنتناول في هذا الفصل أبرز (الاختبارات العملية) الشائعة:

١ - مقياس كورنل - كوكس للقدرة العملية.
٢ - مقياس آرثر للنقط.
٣ - اختبارات بنتنر - باترسون.
٤ - اختبار رسم الرجل (غود إنف).

١ - مقياس كورنل - كوكس للقدرة العملية:

The Cornell Coxe Performance Ability Scale

وضع هذا المقياس (إثيل كورنيل، ووارين كوكس: Ethel L. Cornell and Warren W. Coxe).

ويحتوي على بعض لوحات الأشكال المستخدمة في مقاييس أخرى منها اللوحة رقم (٩) ورقم (١٠) من اختبار باترسون؛ واختبار ترتيب الصور يعتبر مشابهاً لما هو موجود في مقياس ويكسلر - بلفيو لذكاء الأطفال. واختبار تذكر الأشكال يعتبر شبيهاً لذلك الموجود في مقياس ستانفورد - بينيه حيث يطلب من المفحوص أن يسترجع من الذاكرة شكلاً معيناً بعد أن يراه لمدة (١٠) ثوان. أما اختبار بناء المكعبات فيطلب من المفحوص أن يبني بالمكعبات أشكالاً مطابقة لنماذج موضوعة أمامه، ثم اختباراً لتكميل الصور. وتصحح هذه الاختبارات على أساس الدقة

والوقت: Precision and Time فيا عدا ترتيب الصور وتكميل الصور وتذكر الأشكال.

٢- مقياس آرثر للنقط:

Arthur Point Scale of Performance Tests

قامت العالمة (غريس آرثر 1930 Grace Arthur) بإعادة تقنين ثمانية اختبارات من بطارية (بنتنر- باترسون) وأضافت إليها اختبارين جديدين. ويعرف هذا المقياس باسم الصورة (١) وهي عبارة عن الاختبارات (١٥، ٢، ٤، ٥، ٩، ١٠، ١٢) ثم متاهات (بورتيوس) Porteus Maze، واختبار لبناء المكعبات: Koh's Block-Design.

واختبار متاهات بورتيوس وقد وضعه بورتيوس، هو عبارة عن سلسلة من المتاهات تتدرج في الصعوبة والمطلوب من المفحوص أن يسير بالقلم في الطريق الصحيح من المداخل إلى مكان الخروج. وأما الصورة (٢) من مقياس آرثر فهي مكونة من الاختبارات (١٥، ٢) من (بنتنر- باترسون) ومتاهات بورتيوس واختبار المكعبات: Koh's-Block والاختبارات رقم (٦، ٣) واختبار تكميل الصور لهيلي (الصورة-٢): II. Healy Picture Completion. ويقوم تصحيح هذا المقياس على أساس الوقت والأخطاء. ثم تترجم هذه الدرجات الخام إلى درجات موزونة. ومن الممكن تحويل مجموع هذه الدرجات الموزونة إلى عمر عقلي.

وقد وضع هذا المقياس أساساً بوصفه (أداة إكلينيكية) ليستخدم بديلاً عن مقياس ستانفورد- بينيه في الحالات التي يتعذر فيها استخدام اللغة،

وتعتقد آرثر أن القدرات الأساسية التي يحتاجها هذا الاختبار هي نفسها القدرات التي يحتاجها اختبار ستانفورد - بينيه. والواقع أن معاملات الارتباط بين نسب ذكاء ستانفورد بينيه ونسب ذكاء مقياس آرثر مرتفعة جداً إذا قورنت بمعاملات الارتباط بين الاختبارات الأخرى.

ويجب أن نؤكد هنا مرة أخرى؛ أن الأخصائي الإكلينيكي يجب أن لا يحدد نفسه فقط بنتائج اختبار واحد كهذا أو غيره بل يهتم بمعاملات الترابط بين العديد منها وعلاقاتها مع وسائل التشخيص الأخرى من مقابلة ودراسة للحالة وأداء عملي وغيرها. وعلى هذا، فإن نتائج الاختبار توضع في السياق النفسي للفرد، فنقارن نتائجها بكل المعلومات التي أمكن الحصول عليها عن الحالة. ويجب أن نبني التفسير على هذا الأساس من الشمولية والتكامل. وهناك مقاييس عملية أخرى كثيرة على نفس المنوال، ولكن مقياس (بنتنر - باترسون، ومقياس آرثر للنقط) يعدان أهمها جميعاً وأكثرها استخداماً في المجال الإكلينيكي.

٣ - اختبارات (بنتنر - باترسون):

Pintner Paterson Scale of Performance Test

تعتبر هذه المجموعة من اختبارات باترسون من أولى وأبرز بطاريات الاختبارات العملية وقد وضعها العالمان (رودلف بنتنر، ودونالد باترسون: Rudolf Pintner + Donald Paterson) في عام ١٩١٤؛ فقد قاما بتقنين عدة اختبارات صممها (ولیم هیلي، وغريس فرنالد William Healy + Grace Fernald) واختبارات أخرى قاما بتعديلها وتصميمها.

وأصبحت الصورة النهائية لهذه البطارية مكونة من (١٥) اختباراً من الممكن تطبيقها دون الحاجة إلى استعمال المفحوص لأية لغة شفوية.

١) اللوحة الأولى: **Mare and Foal Form Board**

وهي عبارة عن صورة رسم عليها حصانان. ثم تحرك أجزاء الصورة ويطلب من المفحوص أن يعيدها إلى أماكنها الصحيحة، ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء التي وقع فيها.

٢) اللوحة الثانية: **Seguin Form Board**

وهي لوحة عليها (عشرة) أشكال هندسية والمطلوب وضع هذه الأشكال في أماكنها الصحيحة. ويعطى الدرجة على أساس أقصر وقت يستغرقه في ثلاث محاولات.

٣) اللوحة الثالثة: **Five Figures Board**

وهي عبارة عن (٥) أشكال هندسية؛ قطع كل منها إلى جزءين أو ثلاثة. وعلى المفحوص أن يضع كل قطة في مكانها الصحيح. ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

٤) اللوحة الرابعة: **Two Figures Board**

وهي عبارة عن شكلين هندسيين؛ قطع أحدهما إلى أربع قطع والآخر

إلى خمس قطع والمطلوب وضع كل قطعة في مكانها الصحيح، ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الحركات.

٥) اللوحة الخامسة: Casuist Board

وهي عبارة عن لوحة بها (٤) فراغات وعلى المفحوص أن يضع فيها (١٢) قطعة بالوضع الصحيح. ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

٦) اللوحة السادسة: Triangle Test

وهي عبارة عن أربع مثلثات، وعلى المفحوص أن يضع كل مثلث في مكانه الصحيح ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

٧) اللوحة السابعة: Diagonal Test

وهي عبارة عن خمسة أشكال مختلفة يجب أن توضع في شكل مستطيل. وتعطى الدرجة أيضاً على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

٨) اللوحة الثامنة: .Healy Puzze A

وهي عبارة عن (٥) مستطيلات بأحجام مختلفة، والمطلوب وضعها في

إطار مستطيل. ويعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الحركات المستخدمة.

٩) اللوحة التاسعة: **Manikin Test**

وهي عبارة عن أذرع وأرجل خشبية ورأس وجذع، والمطلوب تجميع هذه الأجزاء لتعطي شكل رجل. وتعطى الدرجة على أساس دقة الأداء.

١٠) اللوحة العاشرة: **Feature Profile Test**

وهي عبارة عن قطع خشبية توضع بعضها جانب بعض فتعطي شكلاً جانبيًا لوجه وتعطى الدرجة على أساس الوقت.

١١) اللوحة الحادية عشرة **Ship Test**

وهي صورة لسفينة قطعت إلى (١٠) أجزاء متساوية الحجم والشكل والمطلوب تجميعها في إطار مستطيل وتعطى الدرجة على أساس الدقة في الأداء.

١٢) اللوحة الثانية عشرة: **Healy Picture Completion**

وهي عبارة عن صورة كبيرة قطعت منها (١٠) مربعات، والمطلوب من المفحوص أن يملأ هذه المربعات العشرة من بين (٤٧) قطعة من نفس الحجم والشكل، وتعتمد الدرجة على الدقة في التكميل خلال عشر دقائق.

١٣) اللوحة الثالثة عشرة: Substitution Test

وهي عبارة عن صفحة عليها أشكال هندسية (٥) أشكال مختلفة، ويقابل كل شكل رقم. وعلى المفحوص أن يطابق بين أرقام متعددة الأشكال وضعت في أعلى الصفحة. وتعطى الدرجة على أساس الوقت وعدد الأخطاء.

١٤) اللوحة الرابعة عشرة: Adaptation Board

وهي عبارة عن لوحة فيها فجوات تتناسب مع مكعبات صغيرة وأخرى كبيرة. وعلى المفحوص أن يركز انتباهه ويضع المكعبات الكبيرة في الفجوات الكبيرة، بينما تحرك اللوحة في أربعة اتجاهات مختلفة، وتعطى الدرجة على أساس عدد الحركات الصحيحة.

١٥) اللوحة الخامسة عشرة: Cube Test

وهي عبارة عن أربعة مكعبات (بوصة واحدة) توضع أمام المفحوص بينما يتناول الفاحص المكعب الخامس ويدق به بنظام معيَّن، ويطلب من المفحوص أن يدق بنفس الطريقة. وتزداد طريقة الدق بالتدريج طولاً وتعقيداً. وتعطى الدرجة على أساس كمية المحاكاة الصحيحة.

ويصلح هذا الاختبار للأعمار من (٤ - ١٥) سنة، وقد وضع المؤلفان لتصحيح الاختبار ثلاثة طرق وهي: متوسط العمر العقلي والنقط والرتب المئوية. ويبنى متوسط العمر العقلي على متوسط الأعمار العقلية التي يحصل عليها الفرد في كل اختبار فرعي على حدة.

تقييم اختبارات بنتنر - باترسون:

إن شيوع هذه الاختبارات واستخدامها في صور مختلفة يدفعنا للاهتمام بتقييمها. وإن من الثابت أن هذه الاختبارات تتأثر (بالتدريب والمران) إلى حدٍ كبير؛ كما أن النجاح (بالصدفة) يلعب فيها دوراً أكبر من دوره في المقاييس اللفظية؛ ولهذا فإن معاملات الثبات لهذه الاختبارات تكون عادةً منخفضة. ويفيد هذا المقياس في حالات الأطفال الصغار؛ وضعاف العقول، أو مع الكبار المتدهورين عقلياً؛ ولكنه لا يتناسب مع الأطفال الأسوياء أو الراشدين. هذا بالإضافة إلى أن هذه الاختبارات لا تتنبأ بدقة بالنجاح المدرسي (لأن النجاح المدرسي يتوقف إلى حد كبير على استخدام اللغة).

ومن عيوب هذه الاختبارات أنها ترتبط ارتباطاً ضعيفاً مع الاختبارات اللفظية حين تكون (العينة) متقاربة في السن أو في القدرة، وحين تكون (العينة) متفاوتة في الأعمار وفي القدرة تزداد معاملات الارتباط. وهذا يوحي بأنه على الرغم من وجود تطابق بسيط بين القدرات التي تقيسها الاختبارات العملية؛ وتلك التي تقيسها الاختبارات اللفظية، إلا أن هذين النوعين من القدرات يتزايدان بتزايد السن. وقد أجرى العالم (تشارلز موريس Charles Morris) دراسات عاملية على (٣٤) اختباراً من هذه الاختبارات العملية وخرج من دراساته هذه بأن العوامل الأساسية التي تقيسها الاختبارات العملية والاختبارات اللفظية يكمل كل منها الآخر ولكن لا يمكن تبادلها، أي أننا لا نستطيع أن نتنبأ بدقة بنجاح الفرد في اختبار لفظي من أدائه في اختبار عملي والعكس صحيح.

٤ - اختبار رسم الرجل (فلورنس غود إنف):

The Goodenough Drawing Test

وضعت هذا الاختبار العالمة (فلورنس غود إنف: Florence L. Goodenough) بعد أن استعرضت عدداً ضخماً من البحوث التي أجريت على رسوم الأطفال من كل الثقافات والأجناس. وبناء على مسحها هذا فقد قامت بتقنين اختبارها الذي أصبح واحداً من أكثر الاختبارات الإكلينيكية شهرة وانتشاراً.

إن هذا الاختبار شديد البساطة في إجرائه، إذ نعطي الطفل ورقة وقلماً، ونطلب منه أن يرسم رجلاً.

ويصحح هذا الرسم على أساس النقاط التي يحصل عليها عن كل جوانب هذا الرسم. وإن من البديهي - عند الحكم على الرسم - أن نستبعد تماماً المستويات الفنية؛ والأحكام الشخصية. ويحتوي المقياس على (٥١) نقطة، مثلاً، عندما يرسم المفحوص (الرأس) بوضوح يعطى درجة؛ وإذا رسم ملامح الوجه دون أن يحدّد إطار الرأس لا يعطى شيئاً. وعندما يوضح (وجود الساقين) يعطى درجة ويجب أن يكون العدد صحيحاً، فإذا كان الرجل مواجهاً للصفحة فلا بد أن يكون هناك ساقان، أما إذا كان الرسم جانبياً فمن الممكن أن يأخذ الدرجة إذا رسم ساقاً واحدة. كذلك لا بد من وجود (الذراعين والجذع)، ويعطى درجة إذا كان طول الجذع أطول من عرضه؛ كما يعطى درجات إضافية إذا كانت الأكتاف مرسومة بوضوح، وإذا كانت الذراعان والساقان مرتبطة بالجذع، وإذا وجدت الرقبة والعينان والأنف.. وهكذا.. ومن الممكن تحويل الدرجة التي يحصل عليها

المفحوص إلى (عمر عقلي). ويصلح هذا المقياس للأعمار من سن (٣,٥ - ١٣,٥).

ومعامل ثبات هذا الاختبار مرتفع، إلا أن اختبارات الرسم هذه لا ترتبط ارتباطاً عالياً بالاختبارات الأخرى التي تقيس الذكاء. وبصفة عامة؛ إن هذه الاختبارات تُتيح للأخصائي النفسي فرصة (ملاحظة المريض) ويستطيع. من خلال رسمه - الحكم على بعض ملامح شخصيته.

وقد اختصر (رالف بيردي Ralph Berdie) هذا الاختبار إلى (٢٠) فقرة فقط. وقد أجرى (جونزبورغ Gunsburg) دراسة على هذا الاختبار استخرج فيها معامل الارتباط بين هذه الصورة المختصرة (مقياس بيردي) وبين الجزء العملي من مقياس (ويكسلر - بلفيو)، وكان هذا المعامل (٠,٧٣) وذلك عندما استبعد رسومات الحالات المرضية. ومن ناحية أخرى عندما استخرج معامل الارتباط بين هذا الجزء العملي وبين الرسومات المرضية انخفض معامل الارتباط إلى (٠,٣٦) وكثيراً ما يستخدم هذا المقياس في الميدان الإكلينيكي استخداماً (كيفياً أكثر منه كمياً)[١].

[اختبارات تقييميّة إضافية]

اختبار (رودجرز) اللفظي للأطفال:

وضع هذا الاختبار (ك. رودجرز) حين كان عضواً في مؤسسة توجيه الأطفال بمدينة نيويورك. وقد نقله إلى اللغة العربية د. مصطفى فهمي[٢]. وهو صالح للأطفال بين سن (٩ - ١٦) ويطبق فردياً على من هم أقل من

العاشرة وجماعياً على من هم فوق العاشرة. ومدة إجراء الاختبار هي فيما بين (٤٠ - ٥٠) دقيقة. وهو يكشف العديد من الانحرافات النفسية[٣].

أبعاد الانحرافات التي يكشفها هذا الاختبار:

١ - **الشعور بالنقص:** يوضح هذا الاختبار على وجه التقريب ما قد يعتقده الطفل في نفسه من قصور جسمي أو عقلي، كأن يظن أنه أقل من قرنائه قدرة على الفهم، أو أضعف بنيةً، أو أقل ملاحة وأحط مقدرةً.

٢ - **سوء التكيف الاجتماعي:** فالاختبار يبين مبلغ حسن تكيُّف الطفل للجماعة التي ينشأ فيها، كما يكشف عن مبلغ رضا الطفل عن علاقاته الجماعية وعجزه أن يتخذ لنفسه أصدقاء أو خموله الاجتماعي - أعني قلة لباقته وسط الجماعة.

٣ - **العلاقات العائلية:** يكشف هذا الاختبار عن نوع علاقة الطفل بوالديه ومخالطته، ويدخل في ذلك شعور الطفل بالغيرة من الوالدين أو الإخوة وخلافاته معهم، وشعوره بأنه شخص غير مرغوب فيه، وتفانيه في الاتكال على والديه أو أحدهما.

٤ - **أحلام اليقظة:** وضع الاختبار لقياس مبلغ جنوح الطفل إلى الخيال والإغراق في الوهم.

الاختبار الأول:

التعليمات

ضع رقم (١) أمام الشخص الذي تحب تحويل نفسك إليه بشكل جيد جداً.

ضع رقم (٢) أمام الشخص الذي تحب أن تكون مثله بعد الاختيار الأول.

ضع رقم (٣) أمام الشخص الذي يلي في اختيارك بأن تكون مثله.

	الرقم		الرقم
(أ) زوجة	______	(ن) رجل مطافيء	______
(ب) معلم	______	(س) شاعر	______
(جـ) ممثل سينمائي	______	(ع) بوليس سري	______
(د) كاتب اختزال	______	(ف) طبيب	______
(هـ) صاحب دكان	______	(ص) ممرضة	______
(و) راعي الغنم	______	(ق) مهندس	______
(ز) رجل أعمال	______	(ر) ممثلة	______
(ح) أميرة	______	(ش) ملك	______
(ط) مخترع	______	(ت) ملاكم	______
(ي) رجل بوليس	______	(ث) مغني - مطرب	______
(ك) طيار	______	(خ) محامي	______
(ل) ضابط	______	(ذ) بائع	______
(م) امرأة أعمال	______	(ض) فنان	______

إذا كان لك رغبة أخرى غير ما سبق فأكمل الجملة الآتية:

أحب أن أكون ....

الاختبار الثاني:

ضع رقم (١) أمام أحسن وأفضل ما تتمناه.

ضع رقم (٢) أمام ما تتمناه بالدرجة الثانية.
ضع رقم (٣) أمام ما تتمناه بعد.

أتمنى:

(أ) ــــــــ	أن أكون أقوى جسماً.
(ب) ــــــــ	أن يزيد حب الأولاد والبنات لي.
جـ) ــــــــ	أن تكون علاقاتي بأبي وأمي أحسن مما هي الآن.
(د) ــــــــ	أن أكون ذكياً أذكى مما أنا عليه الآن.
(هـ) ــــــــ	أن أكون أحسن في الألعاب الرياضية.
(و) ــــــــ	أن يكون لي والدان غير والديَّ.
(ز) ــــــــ	أن أكون ولداً (إن كنت بنتاً).
(ح) ــــــــ	أن أكون بنتاً (إن كنت ولداً).
(ط) ــــــــ	أن أكون أضخم جسماً.
(ي) ــــــــ	أن تكون معي نقود أكثر لأصرفها.
(ك) ــــــــ	أن أكون كبيراً وأترك بيتنا.
(ل) ــــــــ	أن يكون لي أصدقاء أكثر.
(م) ــــــــ	أن أكون أحسن شكلاً.
(ن) ــــــــ	أن يزيد حب والدي لي.

الاختبار الثالث:

إفرض أنك ذاهب لتعيش في جزيرة مهجورة لا يعيش فيها أي إنسان، ولا تستطيع أن تأخذ معك غير ثلاثة أشخاص؛ فمن هم الذين تختارهم ليعيشوا معك فيها:

(١) ....

(٢) ....

(٣) ....

الاختبار الرابع:

اقرأ العبارة وإن كان الجواب (نعم) فضع على كلمة (نعم) الموجودة أمام السؤال علامة (✓) وإن كان الجواب (لا) فضع علامة (✓) على كلمة (لا) الموجودة أمام السؤال. وعند (التردد) بينهما ضع العلامة على أقربها للحقيقة.

نموذج للإجابة:

يستطيع أحمد أن يجري أسرع من أي تلميذ في مدرسته:

١ - هل أنت مثله تماماً؟

٢ - هل تريد أن تكون مثله تماماً؟

نعم						لا
نعم						لا

الاختبار الخامس:

بعد كل سؤال مما يأتي عدة إجابات، والمطلوب أن تضع علامة (+) أمام الإجابة الحقيقية:

نماذج للتوضيح:

١ - ما هي درجة الاتقان فى لعبة كرة القدم عندك؟

(أ) .... لا أستطيع أن ألعبها إطلاقاً.
(ب) .... أستطيع أن ألعبها بعض الشيء.
(جـ) .... أستطيع أن ألعبها جيداً.
(د) .... أنا أحسن لاعب في فصلي.

٢ - ما عدد من تريد من الأصدقاء؟

(أ) .... لا أحد.
(ب) .... صديق أو اثنان.
(جـ) .... عدد لا بأس به من الأصدقاء.
(د) .... أصدقاء كثيرون.
(هـ) .... مئات من الأصدقاء.

الاختبار السادس:

الخانات الآتية فيها قسمان: (أ و ب) القسم الأول منها (أ) استعمله

تلميذاً لبيان أفراد أسرته المكونة من أبيه وأمه ثم أخيه ثم هو، ثم أخت أخرى، وقد كتب أكبر الأفراد في الأسرة سناً: في الأول، ثم الذي يأتي بعده في ترتيب السن وهكذا حتى فرغ من كتابتهم: ووضع خطوطاً في الخانات التي بقيت فارغة. والمطلوب منك أن تستعمل القسم الثاني (ب) لبيان أفراد أسرتك أنت «لا تنسى أن تكتب نفسك في إحدى الخانات حسب ترتيبك في الأسرة.»

(النموذج)	(إملأ هذه الخانات)
أب	
أم	
أخت	
أخ	
أنا	
أفضل صديقاتي البنات ليلى	
أفضل أصدقائي الأولاد سمير	

والآن عد إلى هذه الخانات وضع رقم (١) أمام الشخص الذي تحبه أعظم حب، ورقم (٢) أمام الشخص الذي يأتي بعد (١) في درجة حبك له، ورقم (٣) أمام الشخص الذي يأتي بعد (٢) في درجة الحب.. وهكذا إلى آخر القائمة.

وقد يصعب عليك أن تعين من تحبه أعظم حب، ولكن اجتهد أن تفعل ذلك وتأكد أنك وضعت رقماً أمام كل شخص ما عدا شخصك أنت.

وضع في الخانتين الأخيرتين اسم أفضل صديقاتك وأفضل أصدقائك حسب ما هو مبين بالنموذج ثم ضع أمام كل منهما رقماً يدل على درجة حبك له بالنسبة لأفراد أسرتك[٤].

[اختبارات إسقاطية إضافية]:

لعل من المفيد أن نحيط القارىء علماً بثمانية اختبارات إسقاطية تساعد الباحثين في عمليات التقيم والتشخيص وهذه الاختبارات هي:

١ - اختبار (جاكسون) لتحليل الاتجاهات العائلية.
٢ - اختبار (ساكس) لتكملة الجمل.
٣ - اختبار (بلاكي) لدراسة التطور النفسي - الجنسي.
٤ - اختبار (شنايدمان) لتشكيل الصور.
٥ - اختبار (لوفنفلد) لتسهيل الاتصال (اختبار العالم).
٦ - اختبار اللعب بالدمى: (دافيد لين).
٧ - اختبارات الرسم: (كارين ماكوفر).
٨ - اختبار (زوندي): (ليبوت زوندي).

١ - اختبار (جاكسون) لتحليل الاتجاهات العائلية:

صممت هذا الاختبار العالمة (ليديا جاكسون) وهي من كبار الباحثات في جامعة أكسفورد وكامبردج. ويعتبر هذا الاختبار واحداً من الاختبارات الإسقاطية التي تستعمل للكشف عما يعانيه الأطفال من صراعات داخلية تنشأ بسبب (العلاقات الأسرية) سواءً كانت بين الأبوين أو بين الأبناء، أو بينهما معاً. ويتكون الاختبار من (٧) بطاقات؛ مصورة مقننة تمثّل كل منها موقفاً عائلياً من المواقف التالية:

(أ) حماية الأم للطفل واعتماده عليها (الصورة رقم صفر 0).
(ب) انفراد الأبوين بالمودة بينهما دون الطفل وما يترتب على ذلك من تهديد لشعوره بالأمن (الصورة رقم ١).
(جـ) الغيرة التي تنشأ في نفس الطفل الأكبر بسبب اهتمام الوالدين بأخيه الصغير (الصورة رقم ٢، ٢ أ).
(د) ارتكاب الذنب وما يتبع ذلك من شعور بالوحدة وميل إلى الانفراد (الصورة رقم ٣).
(هـ) احتمال عدوان الوالدين (الصورة رقم ٤).
(و) إغراء المحرم والممنوع واحتمال العقوبة (الصورة رقم ٥).
(ز) استجابة الطفل للنزاع والشجار بين الأبوين (الصورة رقم ٦).

وقد صممت المواقف المختلفة التي تعبر عنها كل بطاقة على نحو يجعل من الممكن تفسيرها تفسيرات مختلفة؛ يتخذ الطفل ما يناسبه منها وما يطابق حالته النفسية ويتمشى مع ما يعانيه من اضطرابات ومشكلات. وهو إذ يفعل كل ذلك لا يتحدث عن نفسه بطريقة مباشرة، وإنما يسقط هذه المشاعر وتلك الأحاسيس على لسان الأفراد الذين يتكون منهم الموقف

المائل في الصورة. ويحدث ذلك بصورة تلقائية طالما كانت الظروف والطريقة التي يجري بها الاختبار طبيعية، لا توحي للطفل أنه في موقف تمتحن فيه مشاعره الشخصية؛ أما إذا تنبه الطفل إلى ذلك فسيكون حذراً ومحترساً كوسيلة دفاعية يحمي بواسطتها خوفه من الإفصاح عن مصادر متاعبه ليجنب نفسه العقاب والحرمان الذي يؤذيه وينغص عليه حياته.

ويتكون الاختبار كما أشرنا من (٧) صور، يرمز لكل منها برقم خاص يبدأ من الصفر ويتدرج إلى (١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦) والصورة رقم (٢) من نموذجين أحدهما يناسب الذكور من الأطفال والآخر يناسب الإناث. ويوجد خلف كل صورة مجموعة من الأسئلة الإيضاحية التي يلجأ إليها الفاحص لتشجيع الطفل المفحوص على الحديث وتبيان أهدافه.

وقد انتهت (ليديا جاكسون) إلى اختيار هذه البطاقات السبع بعد قيامها بالتجارب العديدة في عيادات إرشاد الأطفال وتوجيههم ومؤسسات الأحداث (البريطانيين..) الذين لهم مستواهم الحضاري والبيئي الذي يختلف كلياً عن أطفال البيئة العربية. وقامت كذلك بالتجارب على المدارس العادية وعلى مجموعة مختلفة من الصور والرسوم، وتبين أن هذه المجموعة النهائية هي أفضلها في استخراج ما في نفس الطفل من صراعات ومشاعر وأحاسيس، وفي إطلاع الفاحص على حقائق نفسية تتماشى مع ما توصل إليه الباحثون الاجتماعيون والأخصائيون النفسانيون من معلومات جمعوها عن طريق المقابلة والأساليب الإكلينيكية الأخرى.

٢ - اختبار (ساكس) لتكملة الجمل:

يؤكد العالم (روهدا Rohda)[٥] بأن اختبار تكملة الجمل: Sentence

Completion Test: (S.C.T) يعتبر أداة صالحة في يد السيكولوجي الإكلينيكي وكل من يريد الوقوف على حاجات الأفراد وأخيلتهم ومشاعرهم واتجاهاتهم ومستويات طموحهم وما يدور بداخلهم من صراع. ذلك أن الأسئلة المباشرة التي نوجهها للأفراد في اختبارات الشخصية وغيرها من الاستفتاآت تجعل الفرد (واعياً بذاته) وتكون لديه (إجابات دفاعية)؛ بينا الاختبارات الإسقاطية (تجرده من دفاعاته) وتجعله يسقط مشاعره تلقائياً دون احتراس وحذر، وبذلك يبدو على حقيقته.

وقد وضع (روهدا Rohda) اختباراً في تكملة الجمل يتكون من (٦٤) جملة ناقصة، تتسم بالمزايا التالية:

أ- اتساع نطاق المثيرات المختلفة من أجل الحصول على معلومات تتصل بجوانب الشخصية المتعددة.
ب- أن تكون العبارة المستخدمة (كمثير) من النوع الذي يسمح للفرد أن يعبر عن نفسه بحريَّة.
جـ- ألا يتجاوز الزمن الذي يستغرقه الإجراء حصة واحدة من الحصص المدرسية.

وزاد انتشار اختبارات تكملة الجمل خلال سنوات الحرب العالمية الثانية وما بعدها، وطبقها كل من (هات، وهولزبرغ وشور:
.(Hutt, Holzberg and Shore
في مستشفيات القوات المسلحة الأمريكية. ويعتبر اختبار (ساكس) لتكملة الجمل من أبرز الاختبارات الإكلينيكية التي قام بتصميمها (جوزيف ساكس) لتحليل مجالات التوافق في أربعة مجالات هي: (مجال الأسرة وعلاقاتها، مجال الجنس واتجاهاته، مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة مع

الآخرين، مجال فكرة المرء عن نفسه وذاته). وعدد العبارات (٦٠) عبارة.

ونظراً لأهمية الأبعاد المتعددة التي يكشفها هذا الاختبار فلا بد للقارىء والباحث من الرجوع إلى مصادره للتفصيل والاستزادة عن طريقة التطبيق والتصحيح[٦].

وفي هذا المجال الضيق لا تساعدنا الظروف لأكثر من عرض بعض النماذج لعبارات (ساكس) لتكملة الجمل:

أمثلة:

- حاول تكملة كل جملة بإملاء الناقص منها وبسرعة.
- عند التردد ضع دائرة حول رقم العبارة؛ وعد لاستكمالها فيما بعد - إن أمكن..

(١) أشعر أن والدي قليلاً ما:
(٢) عندما لا تكون الظروف في جانبي:
(٣) لو أنني كنت المسؤول الأول:
(٤) تضطرني مخاوفي أحياناً:
(٥) آخر ما أحبه في النساء:
(٦) أنا أحب أمي، لكن:
(٧) حياتي الجنسية:
(٨) أعتقد أن معظم النساء:
(٩) أسوأ ما فعلته في حياتي:
(١٠) أنا أعلم أنها حماقة، ولكن أخاف من:
(١١) سأكون في سعادة تامة إذا:

(١٢) أكبر نقطة ضعف عندي:
(١٣) كانت أكبر غلطة ارتكبتها:
(١٤) أجمل شيء في شخصيتي:
(١٥) لو كانت لي علاقات جنسية:
(١٦) أعتقد أن عندي القدرة على:
(١٧) أظن أن معظم البنات:

٣- اختبار بلاكي الإسقاطي: The Blacky Test

صمم العالم (بلوم Blum) هذا الاختبار لدراسة التطور النفسي - الجنسي من منظار مدرسة التحليل النفسي، ويعتقد مؤلفه أن الاختبار يمكنه الكشف عن أنماط (الدوافع اللاشعورية) عند المفحوص على نطاق واسع.

ويتكون الاختبار من (١٢) صورة كرتونية لمغامرات كلب اسمه (بلاكي) Blacky.

والصورة الأولى هي مقدمة ترسم لنا شخصية بلاكي وأمه وأبيه وأخيه؛ ثم صممت الإحدى عشرة صورة التالية لترسم كل منها مرحلة (التطور النفسي الجنسي) كالمرحلة السادية الشرجية، أو لتوضح طبيعة العلاقة بالموضوع في مرحلة معينة من هذا التطور. وتستخدم نفس الصورة عند التطبيق للذكور والإناث، ولكن عندما يكون المفحوص ذكراً نقول إن (بلاكي) هو الابن، وعندما يكون أنثى نقول إن (بلاكي) هي الابنة، لتقريب الفهم إلى أذهان المفحوصين. وكل هذه الصور واضحة ومحدَّدة المعالم تماماً.

ويطلب من المفحوص أن يكتب وصفاً لمشاعر هذه الشخصيات. وبعد كل صورة توجد مجموعة من الأسئلة عليه أن يجيب عنها. ومعظم هذه الأسئلة من النوع الذي يشتمل على مجموعة من الإجابات وعليه أن يختار منها أنسب إجابة. كما يطلب من المفحوص كذلك أن يختار أحب الصور إليه، ويذكر الأسباب والصورة التي لا يحبها، ويذكر كذلك الأسباب. ويعطي المفحوص درجة عن كل بعد وفقاً لمفاهيم التحليل النفسي على هذا الأساس:

(موجود بشدة - موجود - ضعيف - غير موجود). ويرى مؤلف الاختبار العالم (بلوم Blum) أننا نتمكن عند تطبيق الاختبار من معرفة جنس إخوة المفحوص، وأعمارهم، وكذلك أعمار الوالدين وذلك مما يتيح لنا تفسير التاريخ النفسي - الجنسي للمفحوص؛ وطبيعة نموه واكتشاف أهم مشكلات النمو لديه - وفي تقديرنا - فإن جدوى هذا الاختبار في (البيئة العربية) تكاد تبدو محدودة للفوارق الحضارية الشاسعة ومدلولاتها[٧].

٤ - اختبار (شنايدمان) لتشكيل الصور: Picture Story Test

وضع (إدوين شنايدمان Edwin Shneidman 1947) هذا الاختبار الذي استخدم في الدراسات التشخيصية الإكلينيكية. ويتكون الاختبار من (٦٧) شكلاً ذات أشكال وأحجام مختلفة لصور (إنسانية وحيوانية). وتوجد لهذه الأشكال خلفيات متعددة تستخدم كمسارح لهذه الأشكال. ومنها ما هو واضح تماماً كمنظر (جسر - كوبري أو حمام)؛ ومناظر أخرى أقل وضوحاً وأكثر غموضاً كلوحة بيضاء أو شكل مشوَّش. ومن الممكن أن تلائم هذه الأشكال كل هذه الخلفيات. والمفحوص هنا يستخدم هذه

الأشكال الإنسانية والحيوانية والأسطورية ويكون منها عوالم أمام هذه الخلفيات، ثم (يقص قصة) عن تلك الصورة التي شكلها بنفسه. وعندما يكمل المفحوص قصته يستفسر الفاحص عن أي جزء في القصة يكون غير واضح بالنسبة له وعن عمر وجنس أي شخصية في القصة يشعر أن المفحوص (يتوحد بها): Relate to it؛ وكذلك عنوان القصة. وعلى الفاحص تسجيل قصص المفحوص حرفياً. وعادة تقدم للمفحوص عشر خلفيات متتابعة. وهناك طرق للتصحيح (الكمي) وطرق للتفسيرات (الكيفية). وعلى العموم فالتفسير يقوم على أساس اختيار النماذج والتفاعل بين الشخصيات ووصف هذه الشخصيات والموضوعات الأساسية المتكررة في معظم الصور. ويبدو من خلال- التجربة- أن لهذا الاختبار جاذبية خاصة بالنسبة للمفحوصين الخجولين لأنه يعطيهم الفرصة لانتقاء النماذج التي تروقهم والاندماج معها.

٥- اختبار العالم لتسهيل الاتصال (لوفنفلد):

صممت هذا الاختبار العالمة (مارغريت لوفنفلد):

The World Test Of Margret Lowenfield

كأداة لتسهيل الاتصال مع الأطفال. ويتكون هذا الاختبار من عدد من النماذج الصغيرة كالبيوت والأشجار والعربات والأشخاص والحيوانات وغيرها.

ويطلب من الطفل أن يشكل منها ما يشاء. أي أن عليه أن يجمع هذه النماذج بطريقة لها معنى بالنسبة له. وبناء عليه فإن كل فرد عادة ما يصنع (عالماً فريداً). والفكرة التي يرتكز عليها هذا الاختبار هو أن (اللعب

نشاط عاكس) لانفعالات الفرد وخبراته في صورة غير لفظية. وعندما يعالج الفرد هذه الموضوعات المختلفة بطريقته الخاصة ويشكل منها عالماً خاصاً، فإنها تصبح (تركيبات ذات معنى ومدلول)؛ الأمر الذي يسمح بعد ذلك بالحديث عنها في مستوى لفظي. وهكذا فإن (السلسلة المتتابعة) Continuing Sequence من العوالم ترى فيها مؤلفة الاختبار (خطّاً متواصلاً من التفكير) يزداد اكتمالاً يوماً بعد يوم، ومن الخطأ الوقوع في النظرة الجزئية أو الاكتفاء بأول عالم يبنيه الطفل بأول يوم؛ فوضوح المعنى والتبلور في ذهن الطفل يحتاج إلى مراحل متعددة وزمن كافٍ.

وقد تمكن العالمان (هيدا بولغار؛ وليزلوتي فيشر:
Hedda Polgor And Liselotte Fischer) من تقنين مجموعة من النماذج تشكل اختباراً كاملاً من نفس النوع. وقد وضعا نماذج تصحيح ومعايير لكل من الأسوياء والجماعات من الفئات الإكلينيكية المختلفة و - وجدا - أن الأسوياء غالباً ما يبنون قرى أو مدناً صغيرة يبدأونها بتخطيط البيوت والجسور والأسوار مثلاً أو الأشجار، ثم يملأون التفاصيل الصغيرة بعد تكوين هذا الهيكل العام. ويستخدم الشخص السوي عادةً من (٣٥ - ١٢٠) قطعة من فئات مختلفة من هذه النماذج.

وقد قامت العالمة (شارلوت بولر Charlotte Buhler) بمزيد من التقنين لهذا الاختبار، حيث وضعت نماذج ومعايير أكثر دقةً للفئات الإكلينيكية المختلفة وللأطفال بوجه خاص. وقد وجد العالمان (ميشيل، وبولر: G. B) Michel And Buhler أن عوالم المرضى - الأطفال أو البالغين - تقع عادة في ستة أشكال وتعكس هذه الأشكال الاضطراب الداخلي للفرد واتجاهاته المرضية نحو الحياة وهي:

(١) العوالم العدوانية **Agressive Worlds** وهي العوالم المكونة من الأسلحة والحيوانات المفترسة والحرائق وحوادث القتل والسلب وتعكس العدوانية الصريحة عند الفرد.

(٢) العوالم غير المسكونة: **Unpopulated Worlds** وهي العوالم غير الآهلة بالسكان، وتوجد هذه العوالم عند الأشخاص الذين يتجنبون (العدوان الصريح) ويقمعون عدوانهم نحو الناس أو يخافون منهم.

(٣) العوالم الفارغة: **Empty Worlds:** وهي العوالم التي تحتوي على أقل من (٥٠) قطعة. وهذه نجدها عادة عند ضعاف العقول، ولكنها من ناحية أخرى تعكس فقدان الاهتمام بالموضوعات أو الفراغ الداخلي.

(٤) العوالم المغلقة: **Close Worlds** وهي العوامل المحاطة بالأسوار، والمحدَّدة المساحة، وهي تعكس الخوف والكراهية المكبوتة.

(٥) العوالم المضطربة: **Disorganized Worlds** وهي العوالم غير المخططة وغير المتماسكة وتشير إلى التشويش الداخلي.

(٦) العوالم الجامدة: **Rigid Worlds** وهي العوالم المرتبة ترتيباً مبالغاً فيه مثل وضع الأشخاص والأشجار في صفوف لا مبرر لها، وهي تعكس شدة القمع الداخلي والصراع العميق الجذور.

وقد قامت (جانيت ليون Janet Lyon) بدراسات عديدة مستخدمة هذا الاختبار مع الأطفال والكبار ووجدت له قيمة تشخيصية بالشكل الذي

وصفته وصممته فيه مؤلفته (مارغريت لوفنفلد) في اعتباره (وسيلة للاتصال بالمريض في الموقف العلاجي). وحاولت (جانيت ليون) استخدام هذا الاختبار مع الكبار الذهانيين Psychotics ووجدت أنه يسمح بالتعبير - غير اللفظي - والذي يسهّل بعد ذلك التعبير في المستوى اللفظي؛ وهي طريقة فعّالة في الحكم على المريض وكذلك في إرشاده أو علاجه.

٦ - اختبار اللعب بالدمى: S.D.P.T.

Structured Doll Play Test:

شاع استخدام (اللعب Play) في الميدان الإكلينيكي بوصفه (أداة تشخيصية): Diagnostic Tool بشكل واسع وخاصة مع الأطفال، طالما أن اللعب هو نشاطهم الطبيعي. ويرى العالم (هوايت White) أن اللعب نشاط معقَّد ولا يمكن أن نصفه في معادلة بسيطة واحدة. فهو يتضمَّن دوافع كثيرة وحاجات متعدِّدة ويعكس صراعات داخلية عميقة. ولذلك استخدمه المحللون النفسيون في مجال التشخيص والعلاج كبديل (للتداعي الحر).

وقد صمم (دافيد لين: David B. Lynn) هذا الاختبار باعتباره اختباراً إسقاطياً للأطفال بين سن (٣ - ١٠) سنوات؛ ويمكن استخدامه مع الأكبر قليلاً أو الأصغر من هذا المدى. وهو يكشف عن شكل العلاقات العائلية ودوافع الطفل وعن طريقته في إشباع حاجاته؛ وعن شدَّة صراعاته الداخلية ونوعيتها. ويستغرق الاختبار من (٣٠ - ٤٥) دقيقة. وفي هذا الوقت تعرض على الطفل (سلسلة من المواقف المحدَّدة) يستجيب لها بالاستجابة الملائمة. ويمتاز هذا الأسلوب عن أسلوب (اللعب الحر العشوائي) في أنه خاضع للملاحظة الدقيقة ويسمح للأخصائي بالحكم السريع مع

الاحتفاظ في نفس الوقت بخاصية (التلقائية) الواجب توافرها في هذا الموقف. وتحتوي مواد الاختبار على نماذج عديدة. مثلاً (دمية تمثل الأم) وأخرى (تمثل الأب) وفتاة وولد عار، وبنت عارية، وسرير مزدوج، وسرير مفرد، وحمام، وتواليت، وفنجان وطبق وزجاجة رضاعة إلخ.. ويطبق هذا الاختبار (فردياً) بعد أن يقيم الأخصائي مع الطفل علاقة ثقة ومودة.

ويقول الفاحص للطفل إن هذا الطفل الصغير كان خائفاً من هذا الشخص الكبير، ولكن هذا الشخص ضحك مع الطفل وشاركه اللعب وقضيا معاً (وقتاً ممتعاً). وترى - لين - أن الأطفال الذين يعانون من القلق يستجيبون في هذا الوقت استجابةً تدل على الارتياح؛ ويساعدهم على الاندماج والتعاون في موقف الاختبار. ويتضمن الاختبار (٢٠) موقفاً مقنناً متنوعة التصميم، الأمر الذي يُتيح للأخصائي التعرُّف على أبعاد متعددة من شخصية الطفل.

٧- اختبارات الرسم (كارين ماكوفر):

لعل العالمة القياسيَّة (آنا أنستازي Anne Anstasi) في مقدمة العلماء الذين درسوا أسلوب الرسم؛ كوسيلة للتعرف على - شخصية الفرد - ثم تبعها في هذه الدراسة عديد من العلماء أمثال (جون فولي، باولا الكيش، وروز آلشولر وغيرهم: (John Foley, Pula Elkich, And Rose Alschuler وقد أكدت الدراسات إمكانية كشف الصراعات الأساسية عن طريق الرسم. وتعتبر أعمال (غود إنف ;Good Enough) البداية التي وجهت الأنظار لهذا الأسلوب؛ لا في الذكاء فحسب بل في دراسة أبعاد الشخصية المختلفة.

وتعتبر (كارين ماكوفر Karen Machover) من أوائل من طبَّق هذا الأسلوب، فوضعت اختبارها المشهور ببساطته؛ حيث يطلب من المفحوص أن يرسم (شخصاً)، ثم نطلب منه أن يرسم شخصاً آخر من الجنس الآخر. ويقوم تحليل الرسم على أساس بعض الملامح التي حدَّدتها (ماكوفر) مثل الأكتاف والصدر والأجزاء التشريحية للجسم، والملابس والجيوب والحذاء وغطاء الرأس والرموز الجنسية. وكذلك العناصر البنائية كحجم الرسم، وموضعه من الصفحة وكيفية معالجة شكل الرجل والمرأة..

وقد انتقد العلماء (اختبار ماكوفر) بأنه لم تقم عليه دراسات كافية للتحقُّق من صدق هذه العلاقات التي وضعتها (ماكوفر). ومع ذلك فقد شاع استخدامه في الميدان الإكلينيكي نظراً لسهولة إجرائه في وقت قصير.

ويعتبر رسم (المنزل والشجرة والشخص (H. T. P)

(Home, Tree And Person Draw Test) الذي وضعه (جان باك: John Buck) أكثر اختبارات الرسم شيوعاً. وقد سمي بهذا الاسم لأننا نطلب من المفحوص الذي سنجري عليه الاختبار أن يرسم منزلاً وشجرة وشخصاً بطريقته الخاصة.

ويعتقد (باك Buck) أن اختبار رسم الرجل والشجرة والشخص (H. T. P) هو مقياس صادق لقياس ذكاء الكبار الراشدين؛ بالاضافة إلى أنه وسيلة تشخيصية تصف لنا دينامية شخصية المفحوص، وعلاقة هذه الشخصية ببيئتها المحيطة. وقد وضع مؤلف الاختبار طريقة (كمية) للتصحيح على أساس التفاصيل والنسب والمنظور. وهذه الطريقة على الرغم من تعقدها، إلا أنها تكشف لنا عن أبعاد متعددة من القدرة العقلية.

ويرى بعض علماء النفس أن الدراسات التي أجريت على هذا الاختبار تجعلنا نشك في مدى صدق هذه الطريقة التي وضعها باك، ويعتقدون أننا لا زلنا في حاجة إلى بعض الدراسات الخاصة به قبل أن نعتبره أداة إكلينيكية مفيدة.

وقد قام د. لويس كامل بنقل هذا الاختبار إلى اللغة العربية، وأجرى عليه بعض الدراسات الإكلينيكية وقام بنشرها وتبشر نتائج دراساته هذه بإمكانية استخدامه اكلينيكياً في البيئة العربية - في جمهورية مصر العربية - بقدر كبير من الثقة.[٨]

٨ - اختبار زوندي: The Zondi Test

قام الطبيب النفسي - المجري (ليبوت زوندي Lipot Szondi) بوضع اختباره هذا عام ١٩٣٠، وهو مكوَّن من عدة صور فوتوغرافية لمرضى عقليين من فئات إكلينيكية مختلفة. وقد انطلق زوندي من مسلَّمة مؤداها: «أن المرض العقلي له أصول ولادية تكوينية تظهر على الملامح التشريحية لوجه المريض» كما أن الاستجابات الانفعالية لأي فرد نحو هذه الصور سوف تعتمد على نوع من التشابه بين البناء التكويني لصور هؤلاء المرضى وبين بناء ذلك الفرد الذي يستجيب للصور. وعلى الرغم من أن هذه النظرية لزوندي تعتبر خيالية - علمياً - إلا أن الاختبار شاع استخدامه إكلينيكياً. وفي عام ١٩٤١ سافرت الباحثة (سوزان ديري Susan Deri) إلى الولايات المتحدة لمتابعة أبحاثها هناك باستخدام هذا الاختبار بوصفه اختباراً إسقاطياً. وقد استبدلت (سوزان ديري) افتراضات (زوندي) بنظريات (ليفين وفرويد) كنقطة بدء لوضع إطار جديد لهذا الاختبار.

وافترضت أن بناء الشخصية يتكون من (ثماني حاجات) شبيهة بافتراض العالم (إبراهام ماسلو). وهذه الاحتياجات أساسية ومتفاعلة بعضها مع بعض وتعكسها صور هذا الاختبار.

وعلى هذا الأساس فالصور التي سوف يختارها الفرد باستمرار ستوضح لنا أن الحاجات التي تمثلها هذه الصور عند هذا المفحوص في حالة من التوتر الحاد. ولكي نوضح ذلك نوجز للقارىء تكوين هذا الاختبار.

يتكون الاختبار من (٦) مجموعات من الصور وكل مجموعة تتكون من (٨) صور؛ لمرضى عقليين من (٨) فئات كالآتي:

١) صورة تمثل جنسياً مثلياً: Homo Sexual (H)
٢) صورة تمثل شخصاً سادياً: Sadistic (S)
٣) صورة تمثل شخصاً صرعياً: Epileptic (E)
٤) صورة تمثل شخصاً هسترياً: Hysteric (H Y)
٥) صورة تمثل فصامياً تخشبياً: Cotatonic Schizophrenia (K)
٦) صورة تمثل فصامياً بارانوياً: Paranoid. Sch. (P)
٧) صورة تمثل شخصاً مكتئباً: Depressive (D)
٨) صورة تمثل شخصاً مهووساً: Manic. D. (M)

وعلى هذا الأساس؛ فكل مرض أو حاجة تمثلها (٦) صور، وتعرض هذه السلاسل من الصور على المفحوص بالترتيب، كل سلسلة من (٨) صور توضع في صفين كل صف به (٤) صور. وعلى المفحوص أن يختار من السلسلة (أكثر صورتين يفضلها وأكثر صورتين لا يفضلها). وتكرر هذه الاختبارات، في كل سلسة من الست الصور. وبعد أن ينتهي المفحوص من ذلك، نعود فنطلب منه أن يختار بين (١٢) صورة يفضلها و (١٢) صورة لا

يفضلها يختار منها الأهم (٤) صور مفضَّلة جداً و (٤) صور ينفر منها جداً. ويوجد جزء اختياري من الاختبار؛ حيث نطلب من المفحوص أن يتحدث عن هذه الصور الثاني المفضلة وغير المفضلة، أو تتداعى أفكاره بالنسبة لكل صورة منها. وإذا كان هناك متسع من الوقت نجعل هذا التداعي بالنسبة للأربع والعشرين صورة التي اختارها المفحوص. وتنصح (سوزان ديري) بتكرار الاختبار من (٦ - ١٠) مرات على نفس المفحوص بين كل مرة وأخرى يوم واحد على الأقل.

وتسمى الدوافع أو الحاجات الثانية التي تمثل الوحدات الإكلينيكية الثاني بالعوامل Factors، وكل زوج من العوامل يمثل ميلين متعارضين ولكنهما في نفس الوقت ينتميان إلى مجال واحد. ويسمى كل زوج منها بالموجه Vector. وعلى هذا فإن لدينا أربعة موجهات:

١) الموجه الجنسي: Sexual (S)ويتكون من عاملين هما الجنسية المثلية (H)والسادية .(S).

٢) الموجه النوابي: Paroxysmal (P)ويتكون من عاملين هما الصرع (E)والهستريا .(H Y).

٣) الموجه الفصامي: Schizophrenia (Sch)ويتكون من عاملين هما الفصام التخشبي (K)والفصام البارنوي .(P).

٤) الموجه الاتصالي: Circular Or Contact (C)ويتكون من عاملين هما الاكتئاب (D)والهوس .(M).

وعملية تصحيح الاختبار وتفسيره معقدة وصعبة، ولكننا ندرك بأن (الشخصية السوية) هي التي تستطيع أن تحقق توازناً في استجاباتها بين

(الموجهات الأربعة سابقة) وبين (العوامل) داخل الموجه الواحد. وقد قام (هارولدبست، ومارتن فلايشمان:

Harold Best And Martin Fleishman.

ببعض الدراسات؛ وكانوا يقدّمون في هذه الدراسات هذه الصور لمجموعة من الأطباء النفسانيين والممرضات ليقسموها حسب الفئات التي وضعها (زوندي) وتشير بعض هذه الدراسات إلى (شيء من الثبات) في هذا التقسيم ولكن صدق طريقة التصحيح ما يزال محل شك حتى الآن.

ويؤكد معظم النقاد بأن محاولات زوندي وديري مفيدة ولكنها لا تخرج عن كونها - تصورات ذاتية - تحتاج إلى تحقيق تجريبي؛ علماً بأن معظم هذه الصور مأخوذة من كتب الطب النفسي الألماني.[٩]

حواشي الفصل الخامس عشر

(١) من أجل مزيد من التفصيل راجع د. محمود الزيادي: علم النفس الإكلينيكي (مكتبة الانجلو المصرية) ١٩٦٩، ص (١٤٣ - ١٥٠).

(٢) انظر د. مصطفى فهمي - مكتبة مصر؛ ودار مصر للطباعة والنشر - ١٩٦٧ - ص: (٥١٩ - ٥٣١).

(٣) يطلب هذا الاختبار بكل تفاصيله من دار مصر للطباعة - شارع كامل صدقي (الفجالة - القاهرة).

(٤) راجع أيضاً (اختبار الشخصية للأطفال) د. عطية هنا - مكتبة النهضة القاهرة - ويقيس هذا الاختبار نواحي التكيف الشخصي مثل اعتماد الطفل على نفسه وإحساسه بقيمته، وشعوره بالحرية والانتماء وعدم الانطواء؛ والخلو من الأعراض العصابية، ويقيس كذلك نواحي التكيف الاجتماعي مثل إدراك الطفل للمستويات الاجتماعية والمهارات الاجتماعية وعدم الإضرار بالآخرين، ومدى العلاقات الأسرية والمدرسية وهو اختبار جيد لدراسة مشكلات الأطفال.

(٥) عن الاختبارات الإسقاطية: د. سيد غنيم وهدى برادة.

(٦) التفصيل الكامل لهذا الاختبار: راجع د. مصطفى فهمي - علم النفس الإكلينيكي - دار مصر للطباعة - ١٩٦٧ ص (٥٥٩ - ٥٦٨)

(٧) يستحسن الملاحظة أن نظرة (الفرد العربي) للكلب تختلف عما هي في البلدان المتقدمة والغربية. فالكلب في الغرب له مؤسسات وجمعيات وبحوث ونواد ؛ وله تشريعات تضمن حقوقه؛ وقوانين تؤكد رعايته والعناية به؛ وتقام له المعارض والمسارح والمسابقات وبرامج التدريب ولهذا فقد يكون في منظار الغربيين (عائلياً وفردياً) موضع (اهتمام بالغ) في حين لا يحظى في البيئة العربية بنفس الاهتمام ومن نفس المنظور.

(٨) راجع: د. لويس كامل: اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص - مكتبة النهضة المصرية - القاهرة - ١٩٦٨.

(٩) راجع التفصيل: د. محمود الزيادي - علم النفس الإكلينيكي - مكتبة الانجلو المصرية - ١٩٦٩ - ص (٢٥٣ - ٢٦٥).

الفصل السادس عشر

اختبار جيلفورد وكورنيل في الشخصية

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد لاختبارات جيلفورد.
- مقاييس المجموعة الأولى.
- مقاييس المجموعة الثانية.
- مقاييس المجموعة الثالثة.
- جيلفورد وزيمرمان في (المجموعة الرابعة).
- اختبارات كورنيل للاضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل السادس عشر:

اختبار جيلفورد وكورنيل في الشخصية

اختبارات جيلفورد: يعتبر (جيلفورد) واحداً من الرواد القلائل في علم النفس المعاصر لمساهمته الكبيرة في البحوث النفسية وعلى الأخص في ميدان الشخصية والقياس النفسي والتحليل العاملي. وقد اشتهر نظامه باسم (نظام المصفوفات المورفولوجي) وازداد انتشاره في السنوات الأخيرة بشكل واسع في شتى المجالات.

وقد وضع (جوي. ب. جيلفورد، وهوارد مارتن: Joy. P. Guilford and Howard. G. Martin) بعض الاستبيانات التي تقيس متغيرات متعددة في الشخصية. وقد اختيرت هذه المتغيرات بناءً على دراسة عاملية. فالقائمة (الأولى): STDCR تقيس العوامل الآتية:

١ -	الانطواء الاجتماعي: (S):	Social Introversion
٢ -	الانطواء في التفكير:(T):	Thinking Introversion
٣ -	الاكتئاب: (D):	Depression
٤ -	التقلبات الوجدانية:(R):	Rathymia (الراثيميا)

وأما القائمة (الثانية) فتقيس (٥) سمات:

١ - النشاط المفرط (G)

٢ - حب السيطرة (A)

٣- الذكورة في الميول (M)

٤- غياب الشعور في النقص (I)

٥- غياب العصبية والتوتر (N)

وتقيس القائمة (الثالثة)؛ (٣) سمات تدعى (المجموعات البارانوية):

١- الموضوعية - الذاتية (O)

٢- التعاطف - التمرد (AG)

٣- التعاون - التنافر (CO)

وقد اشترك (جيلفورد مع زمرمان: Guilford-Zimmerman) في إعداد (القائمة الرابعة) على الشكل التالي:

١- سمة النشاط العام	(G)	General Activity
٢- سمة القمع	(R)	Restraint
٣- سمة السيطرة	(A)	Ascendance
٤- الروح الاجتماعية وعدم الانطواء	(S)	Sociability
٥- الإتزان الانفعالي	(E)	Emotional stability
٦- الموضوعيّة	(O)	Objectivity
٧- الصداقة والتعاطف	(F)	Frindliness
٨- التأمل	(T)	Thoughtfulness
٩- التعاون والعلاقات	(P)	Personal Relations
١٠- الذكورة	(M)	Masculinity

وقد استخدمت هذه (السمات العشر كمقاييس) على نطاق واسع كأداة

في البحوث النفسية، وتستخدم حالياً (بشكل فردي) في المجال الإكلينيكي.

وقد طبق العالم (برات Pratt) مقياسي: STDCR and GAMIN على (٢٨٠ ذهانياً) Psychotics من عشر فئات مرضية. وقد تبين أن هناك (سبعة مقاييس) منها استطاعت أن تعطي - دلالات - Significance وتفرق بين هذه الفئات المختلفة بقدر كبير من الثقة. وهذه الدراسة توحي بأهمية مقاييس جيلفورد في التشخيص. وقد نقل الدكتور مصطفى سويف في جمهورية مصر العربية هذه المقاييس إلى اللغة العربية واستخرج درجة ثباتها واستخدمها في بعض الدراسات العاملية (اطار رأسي للشخصية).

وقام الدكتور محمود الزيادي باستخدامها في دراسات أخرى على طلاب الجامعات. وتؤكد هذه الدراسات إمكانية استخدام هذه المقاييس محلياً كأدوات تشخيصية في البيئة العربية[١].

اختبار كورنيل للاضطرابات السيكوسوماتية

وضع هذا الاختبار العالم (آرثر وايدر: A. Weider)؛ وآخرون، بعد أن ظهرت الحاجة إلى (أداة سريعة) للتقييم السايكايتري والسيكوسوماتي بالنسبة لعددٍ كبير من الأشخاص في مواقف متعددة ومختلفة. وقد وضع الاختبار لهذا الغرض. وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة التي تشير إلى الأعراض النيروسايكايترية والسيكوسوماتية. وبالإضافة لذلك؛ يستطيع أن يفرق بين الأفراد المصابين باضطرابات شخصية وسيكوسوماتية خطيرة وبين غيرهم من المجموع العام. ويحتوي الاختبار أصلاً على (١٠١) مائة سؤال وسؤال مقسمة على النحو التالي[٢]:

١ - سؤال طبيعي تمهيدي.

من ٢ - ١٩ انعدام التوافق كما يعبر عنه في مشاعر الخوف وعدم الكفاية

من ٢٠-٢٦ الاستجابات الباثولوجية وعلى الأخص الاكتئاب.

من ٢٧ - ٣٣ العصبية والقلق.

من ٣٤ - ٣٨ الأعراض السيكوسوماتية.

من ٣٩ - ٤٦ استجابات الذعر الباثولوجية.

من ٤٧ - ٦١ أعراض سايكوسوماتية أخرى.

من ٦٢ - ٦٨ الوهن وتوهم المرض.

من ٦٩ - ٧٩ الأعراض السيكوسوماتية الخاصة بالمعدة والأمعاء.

من ٨٠ - ٨٥ الشك والحساسية المفرطة.

من ٨٦ - ١٠١ السايكوباتية الشديدة.

وقد استخرج معامل ثبات الاختبار على أساس التقسيم النصفي ثم تطبيق معادلة (كورد - ريتشاردسون) على (١٠٠٠) حالة؛ فكان معامل الثبات ٠,٩٥. كما استخرج معامل الصدق على أساس المجموعات المتعارضة بوصفها (محكًّا خارجياً)، فطبق المقياس على (٦٠٠) شخص ممن يعانون من مثل هذه الاضطرابات طبقاً للتشخيص السايكايتري فكان الفرق ذا دلالة احصائية واضحة Statistical Significance.

وإلى جانب العديد من البحوث فقد أجرى الدكتور محمود الزيادي دراسة استخرج فيها معاملات الارتباط بين اختبار التوافق الدراسي وبين اختبار كورنيل واختبارات أخرى. وقد استنتج امكانية استخدام الاختبارين المشار إليهما في المجال الإكلينيكي لما لهما من قيمة تشخيصية في الكشف عن سوء التوافق ونوعيات الاضطراب وعمليات الاختيار المهني وغيرها[٣].

حواشي الفصل السادس عشر

(١) راجع: د. محمود الزيادي: رسالة دكتوراة غير منشورة - كلية الآداب - جامعة عين شمس - القاهرة.

(٢) نقل اختبار كورنيل إلى اللغة العربية د. محمود الزيادي، وحلل فقراته التي وصلت إلى (٨٢) سؤالاً وقام بدراسات قيمة مقارنة باستخدامه في بحوث متعددة.

(٣) راجع ص (٢٠٥ - ٢٠٩) د. محمود الزيادي - علم النفس الإكلينيكي - مكتبة الأنجلو - القاهرة - ١٩٦٩.

الفصل السابع عشر

قياس الكفاءة العقلية

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد...
- أولاً: التدهور العقلي.
  - اختبار بابكوك - ليفي.
  - معامل التدهور في ويكسلر - بلفيو.
  - نسبة التدهور العامة وقانونها.
  - جدول نسبة التدهور.
- (ثانياً): تقييم التفكير المجرد والتفكير المحسوس.
  - الاختبارات العملية للتفكير التجريدي.
  - الاختبارات اللفظية للتفكير التجريدي.
- (ثالثاً): اختبار الذاكرة لويكسلر.
- (رابعاً): تقييم التآزر البصري - الحركي:
  (بندرغشتالت).
  - اختبار (بندرغشتالت) ورموزه.

الفصل السابع عشر:

[قياس الكفاءة العقلية]

تمهيد

إن من الضروري أن نحدد منذ البداية أن (القدرة العقلية) تختلف عن (الكفاءة العقلية) رغم وجود التداخل بينهما. والذي يساعدنا على تحديد الكفاءة العقلية هو التساؤل المنطقي والعلمي؛ لماذا يهتم الأخصائي بقياسها؟

إن ثمة سببين رئيسيين لذلك:

أ - أن يعرف مقدار (التدهور العقلي) الذي حدث للمريض؛ وهل هناك ما يدل على حدوث إصابات في الدماغ أو إصابات عضوية في الجهاز العصبي.

ب - أن يتمكن من (تخطيط البرنامج العلاجي) على أساس معرفة دقيقة بإمكانيات المريض العقلية عن طريق الاختبارات وخطوات التشخيص والفحوص (الطبية والنيورولوجية). وهكذا يبدو أن ثمة تركيزاً خاصاً على عمليات الذاكرة؛ والتدهور العقلي والتفكير المجرد والمحسوس باعتبارها في مجموعها مناطق رئيسية في التشخيص: Focal Areas وعلى هذا فإن (المجالات الأربعة الرئيسية) التي تستلزم منا تقيماً دقيقاً هي:

١ - تقييم التدهور العقلي: Mental Deterioration

٢ - تقييم التفكير المجرد والمحسوس: Abstract And Concrete Thinking.

٣ - تقييم الذاكرة: Memory Evaluation.

٤ - تقييم التآزر والتناسق (البصري - الحركي): Visual Motor Coordination

ولا يستطيع الأخصائي أن يخطط أي برنامج علاجي؛ مهنياً كان أو تأهيلياً ما لم تكن لديه الصورة التشخيصية الدقيقة التي لا تقل أهمية ودقة عن صورة الأشعة في التشخيص الطبي.

أولاً: التدهور العقلي: Mental Decline And Deterioration

عرف العلماء (التدهور) بأنه اضمحلال، أو هبوط أو تناقص في مستوى الوظائف العقلية عن سابق عهدها. ويعود هذا الهبوط لعوامل عديدة أبرزها (إصابات الدماغ) أو (الجهاز العصبي). وهناك ضرورة ماسة لأن نفرق: Deferenciate بين التدهور الخاضع لتقدم السن الذي أوضحه اختبار ويكسلر بلفيو في السن ما بعد الثلاثين كتدهور بسيط تدريجي؛ وبين التدهور الناتج عن أمراض عقلية أو نفسية - عصابية.

وقد كان (كرابلين) أول من أشار إلى (التدهور) باعتباره نقصاً يتزايد باستمرار الزمن. وعرفه (إنغلش وإنغلش: English And English, 1958,) بأنه (تصدع أو انهيار القدرة على التفكير).

وإذا تمكنا من (قياس ذكاء الفرد قبل المرض) ثم (بعده) فإن الفارق بينهما يكشف مقدار التدهور الذي حدث نتيجة للمرض. ولكن غاية كهذه أقرب إلى الوهم منها إلى التحقيق.

وقد برزت (اختبارات) لتحقق أعلى درجات الإمكان في قياس التدهور وتقييمه وأهمها ما يأتي:

١) اختبار السيدة بابكوك - ليفي ١٩٤٠: ويقيس كفاءة الوظائف العقلية.

٢) اختبار شبلي - هارتفورد ١٩٤١: ويقيس التدهور أو الانحدار العقلي.

٣) اختبار هانت - مانيسوتا ١٩٤٣: ويقيس الإصابات العضوية بالمخ.

٤) اختبار ويكسلر - بلفيو ١٩٤٤: ويعطينا نسبة التدهور العام.

وسنعرض - بإيجاز - إلى أبرز النقاط في هذه المحاولات.

اختبار بابكوك - ليفي:

يرتكز هذا الاختبار على مبدأ شائع هو إمكان قياس النقص أو التدهور العقلي: Intellectual Impairment Or Decline للفرد؛ باستخدام درجته على اختبار لتمثيل مقدرته العقلية كما كانت قبل بدء الاضطراب العقلي؛ ومقارنة درجات الفرد على اختبارات فرعية عديدة بدرجاته على نفس الاختبارات الفرعية لمجموعة سوية من المفردات لنفس العمر: Vocabulary Age وباستخدام هذا الأسلوب تصبح مفردات الفرد أفضل

ما يواجه التأثيرات الناجمة عن التقدم في العمر والإصابة بالمرض العقلي أو النفسي أو الإصابات العضوية في الدماغ.

وكانت قائمة اختبارات (بابكوك) الأصلية مكونة من (٢٤) اختباراً فرعياً أما المجموعة المقننة منها فتتكون من (٩) اختبارات فرعية مقسمة إلى ثلاث مجموعات:

(١) مجموعة اختبارات التكرار.

(٢) مجموعة اختبارات التعلم.

(٣) مجموعة الاختبارات الحركية.[١]

وقد استخدم (معامل الكفاءة: Efficiency Index)؛ كوسيلة تشخيصية كمثال في مجموعة ذهان خبل مصحوب بشلل؛ اتضح أن متوسط المعامل في حالة هذا الذهان هو (-٤,٨). ويبلغ هذا المعامل بصفة عامة مستوى التدهور العقلي. أما في مجموعة فصاميين فكان متوسط المعامل هو (-٣,٥). وقد كان هدف (بابكوك وليفي) من وضع اختبارهما هو (قياس التأدية العقلية كمحك) لإبقاء الاستقرار في البيئة الاجتماعية الحالية، ولذلك فإنهما حاولا عزل مظاهر الذكاء التي تظل مستقرة مع وجود الاضطرابات العقلية الكبرى والتي تقيس مستوى القدرة التجريدية (وهي المفردات في هذه الحالة). ونظراً لوجود عمليات عقلية أخرى متدهورة خلال الاضطراب العقلي؛ فإن الاختبارات قد أجريت لقياس النقص في الكفاءة في الوظائف الآتية[٢]:

(سرعة الإدراك؛ وسرعة الاستجابة في الخبرات البسيطة المتعلمة جيِّداً وكذلك الخبرات الأقل ألفة والأكثر تعقيداً، وسرعة التعلم، والاستجابات

الحركية النفسية، والذاكرة في مراحل ومظاهر متعدِّدة، وسهولة تحمل الجهد).

وينتقد العالم (فريمان Freeman, 1962) هذه الاختبارات بقوله: إنها عملياً لا تقيس الوظائف المذكورة. ومع ذلك قد شاعت اختبارات بابكوك في الحالات الإكلينيكية مما يدل على فائدتها. وقد انتهت بابكوك في دراستها إلى نظرية في التدهور: Theory Of Mental Deteriorationومن تطبيقاتها تفسير اضطراب الفكر الفصامي بأنه بطء مبالغ فيه، ويرجع هذا البطء العقلي إلى عدم إمكانهم التركيز أو دوام تشتتهم الفكري وعدم إمكانية حصره في موضوع محدَّد.

معامل التدهور في ويكسلر - بلفيو ١٩٤٤:

أثبتت الدراسات المتعددة بأن القدرات العقلية تنخفض أو تتناقص بمعدَّلات مختلفة. وقد أمكن حساب درجة التدهور العقلي من الاختلاف في معدَّلات التناقص في القدرات المختلفة. وقد اتضح إمكان تقدير المستوى الوظيفي للقدرات العقلية في أوقات سابقة. فالقدرات العقلية التي لا تتناقص كثيراً نتيجة لعامل السن هي القدرات التي لا تتأثر بعوامل التدهور العقلي أو تتأثر به بدرجة طفيفة للغاية. وبذلك يمكن افتراض أن الدرجات التي يحصل عليها الفرد من هذه القدرات تمثل مستواه العقلي سابقاً. وبمقارنتها بدرجات القدرات التي تتأثر بالتدهور العقلي فإنه يمكن حساب درجة التدهور العقلي. وأطلق ويكسلر على هذه الطريقة (طريقة الدرجات الفارقة: Differential Test Score Method) ومنها حسب معامل التدهور.

وقد بدأ ويكسلر بتحديد الاختبارات التي تتأثر (أقل تأثر) بالسن أو (لا تتأثر به إطلاقاً) وأطلق عليها (الاختبارات الثابتة)Hold Tests؛ والاختبارات الأكثر تأثراً بعامل السن أي تنقص الدرجة عليها بتقدم السن وأطلق عليها: Don't Hold Testsأي الاختبارات غير الثابتة.

ولاستخراج (مقياس التدهور) يقارن الفاحص بين مجموع الدرجات الموزونة للاختبارات الثابتة، ومجموع الدرجات الموزونة للاختبارات غير الثابتة، وهذه المقارنة من الممكن أن تعبر عن النتيجة إما في صورة نسبة Ratio بين مجموعتي الاختبار أو في صورة فرق Differenceبينها. ويحول الفرق إلى فرق في المائة فإذا كان مجموع الاختبارات الثابتة (٥٠) ومجموع الاختبارات غير الثابتة (٤٠) كان التدهور (٢٠٪)، ونظراً لحدوث تدهور عادي أو طبيعي Normal فإن من الضروري أخذه بنظر الاعتبار ولذلك حسبت نسبة التدهور Deterioration Quotientالعادية في الأعمار المختلفة ووجدت على النحو التالي: (انظر جدول - ٢٤):

$$\text{نسبة التدهور العامة} = \frac{\text{الاختبارات الثابتة - الاختبارات غير الثابتة}}{\text{الاختبارات الثابتة}} \times ١٠٠$$

ويكون (التدهور) محتملاً وصريحاً إذا كانت النسبة أعلى من (١٠) (وهو ما يعادل بالتقريب انحرافاً بمقدار -) (خطأ محتمل عن المتوسط من نفس الفئة) من التدهور العادي.

جدول نسب التدهور لاختبار (وايز)

جدول رقم (٢٤)

فئة السن	القيمة المحسوبة	القيمة المقربة
٢٠ - ٢٤	٠,٥	صفر
٢٥ - ٢٩	صفر	١
٣٠ - ٣٤	٤	٣
٣٥ - ٣٩	٤	٥
٤٠ - ٤٤	٩	٨
٤٥ - ٤٩	١١	١١
٥٠ - ٥٤	١٤	١٤
٥٥ - ٥٩	١٦	١٦

ثانياً: تقييم التفكير المجرد والتفكير المحسوس:

يعتبر في مقدمة العلماء الذين درسوا التفكير المجرد والمحسوس:

Abstract And Concrete Thinking.

العلماء (غلب، وغولدشتاين، وفايغل، وشيرر:

Gelb, Goldstein, Weigl And Scheerer.)

أووضعوا اختبارات لها. وقد طبقت على فئات مرضية متعددة منها

المصابون بإصابات عضوية مخية والفصاميون. ويؤكد العالم (غولدشتاين: Goldstein)أن الأسوياء يستطيعون استخدام التفكير في المستوى المجرد والمحسوس معاً؛ أما غير الأسوياء من المرضى فاستخدامهم محصور لنمط واحد من التفكير وهو التفكير المحسوس.

وقد وضع د. محمد سامي هنا (تحديدات إجرائية) لمفاهيم التفكير التجريدي اشتملت على أربعة عشر تحديداً وهي:[٤]

١) التفكير العام: General Thinking

٢) التفكير التجريدي: Abstract Thinking

٣) الابتكار: Creativity Or Productivity

٤) الكلية: Generality

٥) التركيز: Concentration

٦) المرونة: Flexibility

٧) الثبات: Stability

٨) الرمز: Symbol

٩) التحليل والتركيب: Analysis + Synthesis

١٠) استنباط المبدأ العام: Deducing General Principle

١١) المفهوم الكلي: Concept Formation

١٢) مهمة التجريد: Abstraction

١٣) مهمة التعميم: Generalization

١٤) مهمة التصنيف: Classification

التفكير المحسوس: Concrete

ويتصف بالسمات الأربع التالية:

١) الذاتية: Subjectivity

٢) الصلابة: Rigidity

٣) التشتت: Destruction

٤) الغموض: Ambiguity

وقد استطاع العالمان (غولشتاين وشيرر)[٦] من خلال ملاحظاتهما على المرضى النفسانيين والمصابين بإصابات عضوية مخية (١٩٤١) استخلاص أبرز (مبادىء التفكير التجريدي) الذي ساعدهم على وضع المرضى في إطار (التفكير المحسوس) فقط، لعجزهم عن (القدرات المجردة) التالية:

١ - نزع الذات من الخبرات الداخلية والخارجية العائقة للإنسان عن التركيز.

٢ - اتخاذ وجهة عقلية تعتمد على الإرادة والشعور والتلقائية الذاتية.

٣ - التفكير على أساس سببي - منطقي والقدرة على التعبير اللفظي.

٤ - المرونة في الانتقال بين مظاهر موضوع التفكير.

٥ - الاحتفاظ الذهني بالجوانب المختلفة لموضوع التفكير.

٦ - ملاحظة دقيقة للمبادىء الكلية للمعطى، وتفصيلها إلى أجزاء، وعزلها، وإعادة تركيبها.

٧ - تحديد الصفات الهامة العامة للمفهوم.

٨ - التخطيط التصوري واستخدام الرموز المجردة.

وهكذا ينتهي (غولشتاين وشيرر) إلى أن أسلوب الأداء المحسوس يسيطر تماماً على فكر المرضى، ولا سيا لعجزهم في قدرات التفكير التجريدي المتمثلة بالنقاط الثماني الماضية.

اختبارات التفكير التجريدي العملية:

يوجد لاختبارات التفكير التجريدي عدد غير قليل؛ ويهمنا في هذا المجال الضيِّق سرد أبرزها فقط تاركين للقارىء المصادر للرجوع إلى تفاصيلها حيث لا يمكن في لمحة بسيطة تغطية هذه الاختبارات تغطية كاملة(*)

يقسم العلماء النفسانيون هذه الاختبارات إلى (نوعين أساسيين) وهما (العملية واللفظية).

الاختبارات العملية للتفكير التجريدي: وهي اختبارات في التصنيف لقياس تكوين المفهوم الكلي وليس مجرد إدراك العلاقات المكانية وهي:

(١) اختبار المكعبات: Cube Test (Goldstein + Sheerer)

(٢) اختبار فرز الأشياء: Object Sorting (Gelb, Weigl, Goldstein, And Sheerer.

(٣) تكوين المفهوم الكلي:

Concept Formation (Kasanin + Hanfman)

(٤) مرونة التفكير:

Thinking Flexibility (Berg)

(٥) التصنيف:

Classification Test (Trist + Hargre Aves)

الاختبارات اللفظية في التفكير التجريدي:

(١) المتشابهات: Similarities Test (Wechsler)

(٢) التعميم: Generalization (Smoke)

(٣) الأمثال: Proverbs Test (A. Hand)

(٤) التتابع اللفظي: Verbal Consequence (Rashkis, Cushman, Landis) (*)

ثالثاً: اختبار الذاكرة لويكسلر:

تمهيد: أثبتت الملاحظات الإكلينيكية أن المرضى المسنين يعجزون عن استدعاء Re- Calling أو استخدام الخبرات القريبة، واتضح أن (نقص الذاكرة): Memory Decline هو أحد الأعراض المتكررة الحدوث في عديد من الاضطرابات النفسية والعقلية. وتبين أن (فقدان الذاكرة) للقدرة على استدعاء الخبرات القريبة يعتبر ظاهرة عامة في ذهان الشيخوخة، تهتك أنسجة المخ، وتصلب الشرايين فيه، وذهان كورساكوف الكحولي، والشلل العام؛ وقد كشفت حالات الذهان الوظيفي بعض العجز في (وظائف الذاكرة)؛ ولكن ليس بنفس الدرجة الموجودة في الإصابات العضوية.

وقد أيدت دراسات العالم (شاكوف وآخرين) ١٩٤١ بوجود انحدار وهبوط ملحوظين في الذاكرة بعد سن الستين.

اختبار ويكسلر للذاكرة:

نشر (دافيد ويكسلر ١٩٤٥) مقياسه للذاكرة:

The Wechsler Memory Scale

ويتكون من (٧) اختبارات فرعية:

(١) اختبار المعلومات الذاتية والأحداث الجارية.
(٢) اختبار إدراك الاتجاه: (زماناً ومكاناً).
(٣) اختبار الضبط العقلي.
(٤) اختبار الذاكرة المنطقية.
(٥) اختبار مدى الذاكرة.
(٦) اختبار التذكر البصري.
(٧) اختبار التعلم الارتباطي.

وقد حسبت نسب الذاكرة على أساس تجريبي كي تجعل نسبة الذاكرة في أي عمر ملائمة لمتوسط نسب الذكاء لنفس العمر.

وقد ظهرت أهمية هذا الاختبار لولا أن له بعض العيوب؛ ومنها عدم وجود تفسير صادق لتقييم دلالة نقص الذاكرة. وهناك للذاكرة أعمال منها ما هو قصير الأمد ومنها ما هو طويل الأمد.

وفي عام ١٩٤٦ ظهرت صورة بديلة للاختبار يمكن بها تقدير (التغيير) في حالة المريض.[١٢]

هذا وتوجد (اختبارات مقننة أخرى) لقياس الذاكرة ولو أنها قليلة. وتتضمن بعض مقاييس الذكاء اختبارات لقياس الذاكرة ويمكن أن يستخدمها الأخصائي الإكلينيكي في تقدير (وظائف الذكاء) لدى المريض.

رابعاً: تقييم التآزر البصري - الحركي (بندر غشتالت):

يؤكد العالمان (رابابورت وشافر) بأن (التآزر البصري - الحركي) هو نشاط حركي موجه بتنظيم بصري، أي أنه يتضمن توجيهاً بصرياً في تنفيذه. والحقيقة أن أفعالنا الحركية ليست إجراآت تنفيذية لقرارات عقلية سابقة زمنياً ولكنها استهلال بقرار عام (يتعدل ويتكامل) عند أداء الفعل الحركي خطوة خطوة لمواجهة الموقف المحيط. وعملية التآزر البصري الحركي ليس سهلاً إدراكها ببساطة لأنها لا تخلو من بعض التعقيد.

ويعتبر (غولدشتاين) من أبرز العلماء الذين درسوا هذا النوع من التآزر المتلاحم الذي يتضمن عمليات (تنظيم) المثيرات الحسية في أنماط - ذات دلالات - مع أداء السلوك الحركي. وحين يوجد (جهاز عصبي مركزي سليم) بدون أي اختلال في أدائه لوظائفه فإنه يوجد تنظيم ثابت تلقائي في الاستجابة الحركية للمثيرات الخارجية وتفسيرها. والمرضى المصابون عضوياً توجد لديهم تهتكات بالغة أو ضئيلة خفية أو ظاهرة في عمليات التآزر البصري - الحركي.

ويشير العالم (پاپ Pope)بأن هناك (أدوات عديدة) لوصف عملية التكامل الحسي - الحركي لدى المصابين بإصابات تدميرية في المخ. فهم يعانون اضطراباً حسياً للأنماط ويقلّ عدد التخطيطات العقلية الموجودة التي تعرض للمثير الخارجي. وتقل القدرة على تعلم أنماط جديدة. وتنقص المقدرة على تجريد السمات الأساسية. ويعتبر من أبرز العلماء المهتمين في دراسة (التآزر البصري - الحركي) شيلدر، ولوريتا بندر:[*]

Schilder + Loretta Bender

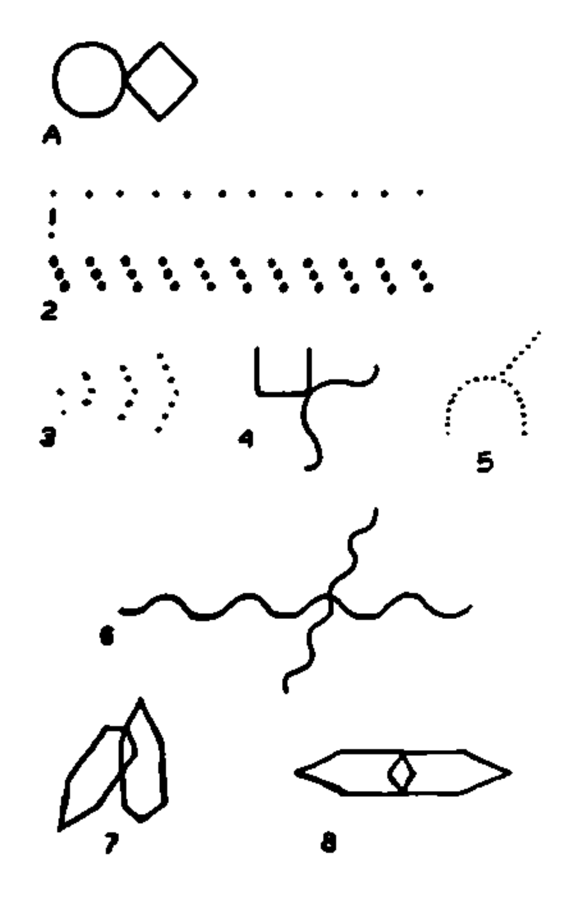
حيث استفادا من المناهج التجريبية عند فيرتهيمر، وليفين:

Wertheimer + Lewin

ويتكون (اختبار بندر غشتالت) من (٩) رموز لها نمطها الخاص وكل واحد مرسوم في بطاقة خاصة:

The Bender Visual- Motor Gestalt Test

وقد عرض العالم (فريمان: Freeman, 1962)نموذج الاختبار؛ ودلالته كما هو ورارد في الصفحات التالية في شكل - ٢٥ -:



شكل (٢٥) رسوم اختبار بندر جشتلط للصيغة البصرية الحركية(*)

وفيما يلي نموذج تصحيح الرسم (A).

بيان (٢٦)

وصف الأداء	الدرجة
شخبطة أو رسم لا يشبه الرسم الموجود بالكارت	١
حلقتان غير كاملتي الإغلاق، وقد تكون الحلقتان متساويتين أو متداخلتين أو بينهما مسافة كبيرة، وقد تشبه إحدى الحلقتين المغلقتين الدائرة أو المربع	٣
حلقتان منغلقتان في مستوى أفقي، تشبه أولاهما الدائرة وتشبه الأخرى المربع، وقد تكون الحلقتان متماستين أو بينهما مسافة صغيرة	٣
دائرة جيدة إلى حد ما، ومربع جيد إلى حد ما والمربع متجه نحو قطر الدائرة، ويتماس كل من المربع والدائرة؟ وحجماهما متساويان تقريبا.	٤
دائرة جيدة تماما ومربع جيد تماما وزوايا المربع متساوية ويتماس الدائرة والمربع في المستوى الأفقي لقطريهما، مع تساوى حجميهما	٥

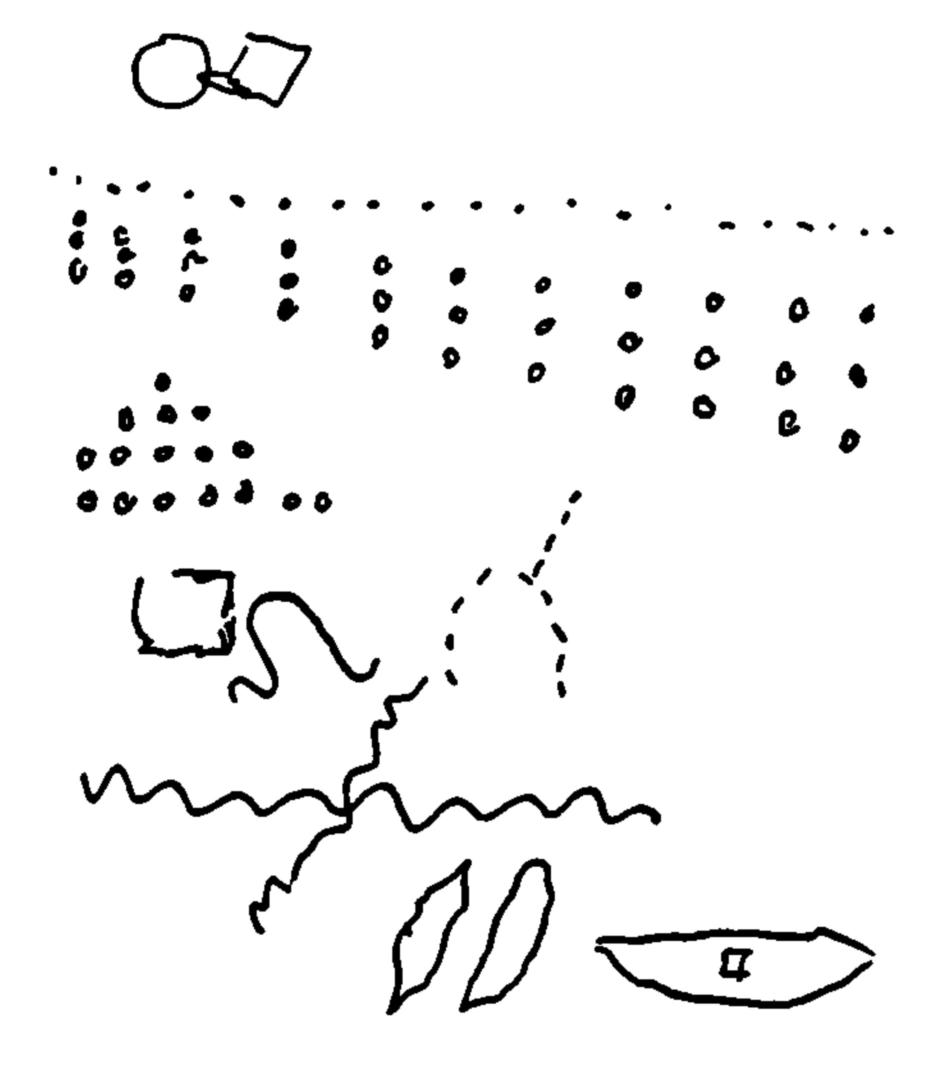
ويطلب من المفحوص أن (ينسخ) كلا من الرسوم (لا حدود لزمن الأداء). ومن الواضح أن الاختبار ليس اختبار إدراك حسي بسيط لقياس حدة البصر مثلاً أو ذاكرة بصرية أو تخيل، بل إنه اختبار إدراك وتأدية بصرية حركية فالرسوم المنسوخة تصحيح على أساس السرعة، والاتزان والاتجاه المرسوم، والخطوط الحادة أو المهتزة ، ودرجة الدقة، والتوجيه الخاص، كما يسجل السلوك الحر أثناء الأداء مثل الحديث عن الرسوم الأصلية أو المنسوخة وتقبل الرسوم المنسوخة أو رفضها.

والرسوم التي يتضمنها الاختبار من تصميم ماكس فرتهيمر Max

الأشكال / السنوات	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	أ
راشد	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪١٠٠	٪٤٥	٪١٠٠
١١	٪٩٠	٪٧٥	٪٧٠	٪٩٠	٪٩٥	٪٦٠	٪٦٥	٪٩٥	٪٩٥
١٠	٪٩٠	٪٦٠	٪٦٠	٪٨٠	٪٨٠	٪٦٠	٪٦٠	٪٩٠	٪٩٠
٩	٪٧٠	٪٦٥	٪٨٠	٪٧٠	٪٨٠	٪٧٠	٪٦٠	٪٧٥	٪٨٠
٨	٪٦٥	٪٦٥	٪٧٠	٪٦٥	٪٨٠	٪٦٠	٪٧٥	٪٧٥	٪٧٥
٧	٪٦٠	٪٦٥	٪٦٠	٪٦٥	٪٧٥	٪٦٠	٪٧٠	٪٧٥	٪٧٥
٦	٪٧٥	٪٦٠	٪٦٠	٪٦٠	٪٧٥	٪٨٠	٪٦٠	٪٧٥	٪٧٥
٥	٪٧٥	٪٦٠	٪٦٠	٪٦٠	٪٧٠	٪٨٠	٪٦٠	٪٨٥	٪٨٥
٤	٪٦٠	٪٦٠	٪٦٥	٪٦٠	٪٧٠	٪٨٠	٪٧٥	٪٨٥	٪٩٠
٣	--	خربطة	--	---	---	---	---	---	--

شكل (٢٧) يوضح دلالة اختبار بندر جشتلط كاختبار نضج في التأدية الوظيفية للصيغة البصرية الحركية عند الأطفال وكشف التخلف العقلي والنكوص وفقدان التأدية الوظيفية وإصابات المخ العضوية وكشف انحرافات الشخصية خاصة عند وجود ظواهر نكوصية لدى الراشدين والأطفال (Bender, 1946)

وهو أحد مؤسسي مدرسة الجشتلط أو اتجاه الصيغة Wertheimer Geatatl وقد استخدمها للمرة الأولى في دراسته عن الإدراك. والمبدأ الأساسي في اختبار بندر هو تنظيم جلي في وحدات تراكيبية، وهذه هي الصور الأولية للإدراك لدى الإنسان. وعلى هذا فإن افتقاد التكامل في الإدراك هو الدليل على عدم السواء النفسي. فالسلوك الإدراكي في الاختبار يتضمن استقبالاً حسياً للرسوم، وتفسيراً في المستويات المركزية للجهاز العصبي، والأداء الحركي (الرسم). وعلى هذا فالعملية الكلية المتضمنة للإدراك والرسم قد تنحرف نتيجة للإصابة العصبية، أو عدم السواء الانفعالي المؤثر في إدراك الفرد، أو متغيرات المستوى العقلي للأداء. ومن هنا فإنه يمكن دراسة التأدية الصيغية Gestalt Functions في حالات اختلال الوظائف اللغوية، والإصابة العضوية بالمخ، والفصام، وذهان الهوس الاكتئابي، والضعف العقلي، والعصاب، والأطفال الأسوياء.



(شكل ٢٨) نموذج لرسوم مريض باصابه عضوية بالمخ

(مأخوذة عن Pope & Scott, 1967)

حواشي الفصل السابع عشر

(١) راجع تفصيل (القياس للكفاءة العقلي): د. عطية هنا: علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية - ١٩٧٦ - ص (٣٣١ - ٤٦٠).

(2) Babcok + Levy: The Revised Examination For The Measurement Of Efficiency Of Mental Functioning, Chcago, C. H. Stoeling, 1942.

(٣) راجع التفصيل: د. عطية هنا: علم النفس الإكلينيكي - ١٩٧٦ دار النهضة العربية - القاهرة - ص ٣٣١ - ٣٤٩.

(٤) راجع التفصيل: (نفس المرجع السابق) ص ٣٥٣ - ٣٦٠.

(٥) د. محمد سامي هنا: التنظيم العقلي للتفكير التجريدي لدى الأسوياء والعصابيين والذهانيين: (رسالة دكتوراه قدمت بجامعة القاهرة عام ١٩٧٠ بإشراف د. عثمان نجاتي - مكتبة كلية الآداب - تحت الطبع.

(6) Goldstein, K + Scheerer, M: Abstract And Concrete Behavior; An Experimental Study With Special Tests; Psychological Monographs, Vol, 53, No, 2. 1941

(7) Goldstein, K + Sheerer, M: Abstract And Concrete Behavior; An Experimental Study With Special Tests; Psychological Monographs, Vol, 53, No, 2. 1941.

(8) Delay, J, Pichot, P. et Perse, J. Methodes Psychometriques En Clinique: Tests Mentaux Et Interpretation, Paris. 1955,

(9) Hanfman + Kasanin: Eight Keys To Schizophrenic Thinking, Illinois, Free Press, Pub, 1959, U. S.

(10) Fraisse; Manuel Pratique De La Psychologie Experimentale, Paris, P. U. F, 1956.

(11) Rashkis, Cushman + Landis; A New Method For Studying Disorders Of Conceptual Thinking, J. Abnorm. Soc. Psychology; Vol. 41. No, 1, 1946, PP. 70 - 74.

(12) For Details See: Wechsler, D. A Standardized Memory Scale For Clinical Use, J. Psychol, Vol. 19, PP. 87 - 95, 1945.

* Rapaport, D; Gill + Shafer, R: Diagnostic Psychological Testing, Vol. I. Chicago, Year Book, Pub, 1946, PP. 249 - 250, U. S.

* Pope, B: W, H: Psychological Diagnosis In Clinical Practice, New York, Oxford University Press, 1967, P. 289.

* Freeman, F. S: Theory + Practice Of Psychological Testing, New York, Rinehart + Winston, 1962.

* Bender, I. Instructions For The Use Of Visual Motor Gestalt Test, New York, Amer. Orthopsychiat. Ass. 1946.

* مأخوذ من د. عطية هنا: علم النفس الإكلينيكي.

* يراجع القارىء للتفصيل:

Bender, L. Instruction For The Use Of Visual Motor Gestalt, New York Amer. Orthopsychiat. Ass, 1946.

الفصل الثامن عشر

خصائص الاختبارات الإكلينيكية وتقييمها وثباتها

[خطة الفصل المنهجية]:

- تمهيد.....
- خصائص الاختبارات الإكلينيكية.
- صدق الاختبارات عند (كرونباك).
- أنواع الصدق في منظور (فريمان).
- الثبات في الاختبارات النفسية.
- عوامل انحراف الاختبارات وتشويه نتائجها.
- مؤثرات التشويه في منظار (ماسلينغ).
- مؤثرات التشويه في منظار (براون).
- تقييم الاختبارات الإكلينيكية:
  - صدق الاختبار والعمل الإكلينيكي.

- ثبات الاختبار.
- الملاحظة أثناء الاختبار.
- عيوب الاختبارات ومحدوديتها.
- مزايا وفوائد الاختبارات.

الفصل الثامن عشر:

[خصائص الاختبارات الإكلينيكية وتقييمها وثباتها]

تمهيد: يركز الأسلوب العلمي الحديث على (شمولية التشخيص) في فهم طبيعة السلوك المضطرب للفرد. وإذا كانت الاختبارات سلاحاً لنا وأداة حاسمة؛ فلا بد لنا إذن؛ من النظر إليها نظرة موضوعية و - غير جزئية - ونقدية.

إن التشخيص في علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي يختلف اختلافاً جوهرياً عن التشخيص في الاضطرابات الجسمية، حيث نجد ظهور خواص كيميائية شاذة في الدم أو في البول، أو عزل الأجسام الدقيقة في البراز، أو حتى مجرد ملاحظة الأعراض الظاهرة كما في الحمى أو احتقان الوجه أو توقف الذراع عن الحركة أو اضطراب في الأحشاء تشير مباشرة ودون خطأ إلى طبيعة الاضطراب الموجود.

إن التشخيص الأمثل للسلوك المضطرب باستخدام الاختبارات وغيرها من الوسائل؛ يجب أن يأخذ في اعتباره الشخص بأكمله، مع الاعتقاد التام بالتفاعل المستمر بين النفس والجسم أو بين العقل والبدن وهذا عمل شاق وطويل.

ولعل من الخطأ - في تقديرنا - أن ينظر البعض إلى التشخيص على أنه (غاية) في حد ذاته كما يتجه الاتجاه الطبي في تركيزه على (الأعراض)

دون (الأسباب)؛ والأقرب إلى المنطق هو أن يكون التشخيص مجرد أداة ووسيلة تدفعنا نحو غايات أكثر أهمية وأبعد مدى. ولعل هذه الغايات والأهداف تبقى بعيدة المنال ما لم ننظر إلى التشخيص كعملية فنية باعتباره توضيحاً للعوامل الدينامية و (المسببة) وقادر على التنبؤ بالحالة، ووضع المريض في إحدى الفئات الإكلينيكية. وإن منهجاً كهذا يتسم بالشمولية لا بد أن تتضافر فيه مجهودات النفساني، والطبيب، والأخصائي الاجتماعي، والممرّضة، والمشرف على التأهيل المهني والتدريب العلاجي كفريق واحد متكامل: Team work. ولعل بداية هذا المنهج تقتضي منا أن ننظر للاختبارات من منظار نقدي نتعرف من خلاله على (خصائصها، وثباتها، وتقييمها) ليكون لها بين أيدينا وزنها الدقيق كأدوات وقنوات موثوقة في العمليتين التشخيصية والعلاجية.

خصائص الاختبارات الإكلينية:

١) ضرورة الالتزام بعدم التعميم: إن الأخصائي الناجح يحاول عدم الانزلاق في التعميم بأكثر من نتائج الاختبارات التي بين يديه.

(٢) الاتساق بين محتوى الاختبار وهدفه: إن معاني المفردات لا تستخدم للدلالة على القدرة على استخدامها؛ والتكيف في الحالات المختلفة لا يكفي للدلالة على الخصائص الانفعالية للفرد. فالاختبارات يجب أن تكون متسقة ومتفقة مع الهدف الذي تستخدم من أجله.

(٣) استخدام النتائج في حدود ما تقيس: يجب أن يستخدم الأخصائي نتائج اختباراته فيما تقيس وليس فيما (لا تقيس) فدرجة الذكاء مثلاً لا تدل على التدهور العقلي والميل لا يدل على القدرة.

(٤) عدم التقيد باختبار واحد: إن الاعتماد الكامل والثقة بصدق اختبار واحد ودلالاته يجب أن لا يقع به الأخصائي فلا بد من اختبارات متعددة ووسائل أخرى للتأكد من دراسة الحالة.

صدق الاختبارات عند (كرونباك)[١]: Cronback

إن مما يجعل أدوات التشخيص في أيدينا كالاختبارات مثلاً؛ هو الاهتمام بمدى صدقها فكما أن اختبار الذكاء تتحدد درجة صدقه بدرجة قياسه للذكاء؛ فإن لكل اختبار درجة معينة من الصدق. وقد تحدث العالم (كرونباك: Cronback 1960) عن نوعين رئيسيين في (صدق الاختبارات) وهما:

١) الصدق المنطقي: Logical Validity

إن المقصود به (مضمون بنود الاختبار) ودراسة البنود بطريقة قياسيّة أصبحت ممكنة عن طريق بيان مطابقة الاختبار للصفة أو القدرة التي يقيسها. وتتوقف درجة أو دقة الصدق المنطقي على (دقة تعريف القدرة أو الصفة المراد قياسها).

٢) الصدق التجريبي: Empirical Validity

ويقاس بمقارنة الاختبار (المراد تحديد درجة صدقه) بنتائج مقياس آخر ثبت صدقه. ويذكر (كرونباك) - الصدق العاملي: Factorial Validity كنوع للصدق التجريبي، ويستخدم في إجرائه أسلوب التحليل

العاملي الإحصائي، ويقصد به مدى نقاء الاختبار في قياس عامل واحد بعينه.

أنواع الصدق في منظور (فريمان) Freeman, 1962

يحدد العالم (فريمان: Freeman) في كتابه الشهير[٢]: (النظرية والتطبيق في القياس النفسي) سبعة أنواع من أنواع الصدق للاختبارات وهي:

١) الصدق الإجرائي التنبؤي: Operational + Predictive. V.
٢) الصدق السطحي (المظهري): Face Validity
٣) صدق المحتوى (المضمون): Content Validity
٤) الصدق العاملي: Factorial Validity
٥) الصدق التكويني: Construct Validity
٦) الصدق التلازمي: Coocurrent Validity
٧) الصدق بمقارنة العيّنات: Cross Validation[٣]

الثبات في الاختبارات النفسية

يحدد العلماء لثبات الاختبارات دلالتين وثيقتي الارتباط ولكنهما متمايزتان في القياس النفسي:

١ - مدى الاتساق الداخلي للاختبار: ونعني بها اتساق النتائج عند تطبيق الاختبار مرة واحدة؛ وبتعبير آخر مدى دقة القياس في تطبيقه.

٢ - مدى الحصول على نتائج متسقة من تطبيق الاختبار مرة وإعادة

تطبيقه مرة ثانية، ويدل هذا على مدى الاعتماد على الاختبار للأغراض التنبؤية.

والثبات في الاختبارات قد يكون (نسبياً أو مطلقاً)، فالثبات النسبي يذكر على أنه معامل ارتباط، أو معامل ثبات، ويدل هذا المعامل الاحصائي على المدى الذي تكون فيه نتائج تطبيق الاختبار بصورتين متكافئتين على مجموعة من الأفراد متسقة نسبياً. وفي بعض الأحيان يقصد بالثبات النسبي تحليل التباين.

أما (الثبات المطلق) فيذكر على أنه الخطأ المعياري للمقياس ومقدار انحراف الدرجات الناتجة عن حقيقتها، وبذلك يمكن تقدير الثبات بتطبيق واحدة من الطرق الثلاث التالية:

(١) الثبات بإعادة التطبيق: وتتم باجراء نفس الاختبار مرتين على نفس الأفراد.

(٢) الثبات بالصورتين المتكافئتين: وتتم بإجراء صورتين منفصلتين متكافئتين للاختبار الواحد على نفس الأفراد.

(٣) الثبات بالتجزئة النصفية: وتتم بإجراء تقسيم بنود الاختبار الواحد إلى نصفين، ويفترض أن النصفين متكافئان ومنفصلان، ويحسب معامل الارتباط بين النصفين كما لو كانا صورتين متكافئتين أو تطبيقين للاختبار الواحد مع تطبيق معادلة تصحيح الطول.

وفي حالة التصحيح لإجراء الثبات بطريقة (التجزئة النصفية) تستخدم معادلة (سبيرمان - براون) وهي:

$$\text{ثبات الاختبار كله} = \frac{\text{معامل ارتباط الجزءين} \times \text{عدد الأجزاء}}{1 + (\text{عدد الأجزاء} - 1) \times \text{معامل ارتباط الجزءين}}$$

وتوجد معادلات أخرى إحداها تستخدم (الانحرافات المعيارية) منها معادلة (غوتمان Guttman) وتستخدم عند عدم تساوي الانحرافات المعيارية لجزءي الاختبار وهي:

ثبات الاختبار كله.

$$= 2\left(1 - \frac{(\text{انحراف معياري الجزء الأول})^2 + (\text{انحراف معياري الجزء الثاني})^2}{(\text{انحراف معياري الاختبار كله})^2}\right)$$

وكذلك معادلة (رولون Rulon) وهي تستخدم تباين فروق درجات النصفين وتباين درجات الاختبار.

$$\text{ثبات الاختبار كله}^{(4)} = 1 - \frac{\text{تباين فروق درجات النصفين}}{\text{تباين درجات الاختبار}}$$

وهناك في كتب الإحصاء العديد من الطرق لحساب الثبات كتحليل التباين، والخطأ المعياري للقياس وغيرها.

عوامل انحراف الاختبارات وتشويه نتائجها

يستحسن أن يتزود الأخصائي بالكثير من الخبرة والتدريب والمعرفة والممارسة بكل المتغيرات: Variables التي تؤثر في دقة الاختبارات وتشويه نتائجها.

ويمكننا استعراض أبرز العوامل المؤثرة على نتائج الاختبارات بما يأتي:

١ - شخصية الفاحص ونوعية الإجابة: إن الإجابة: Test Response هي عينة من السلوك تتأثر بالفاحص وشخصيته، وبالموقف الذي يحيط بالاختبار وبطبيعة الاختبار ذاته: Person and stimulus configuration وطبيعي أن يكون صعباً ضبط الإطار الذي يجري فيه الاختبار Test Context والظروف المحيطة به من توقيت وإضاءة وأوراق وغيرها.

٢ - نظرة المرضى للاختبارات وللفاحص: إن بين المرضى من يرى أن الاختبار سيستخدم ضدّهم؛ ومنهم من يرى فيه وسيلة طيبة لمساعدتهم؛ وتختلف كذلك نظرتهم للفاحص وشكله ولونه ودينه واتجاهاته. وعلى كل أخصائي أن يكون على وعي كامل بهذه المؤثرات.

المؤثرات في منظار (ماسلنغ: 1957: Masling)[*]:

توصل العالم (ماسلنغ) إلى أن ثمة عوامل هامة تؤثر على إجابات المرضى على الاختبارات وأبرزها هي:

١ - عوامل تطبيقية ترتبط بطريقة تطبيق الاختبارات كالتعليمات وغيرها.

٢- عوامل ترجع إلى حالة المريض في موقف الاختبار وراحته أو إرهاقه أو تأثره ببعض العقاقير أو التنويم أو الكحول.

٣- عوامل ترتبط بالفاحص سواءً كانت مقصودة أو غير مقصودة مثل مظهره العام أو تقبله للمريض.

٤- عوامل ترتبط بالمفحوص كالصراعات اللاشعورية لديه أو المودة أو العداء تجاه الفاحص.

٥- عوامل ترتبط (بالخبرات السابقة) عند المريض ونظرته للاختبار.

المؤثرات في منظار (براون ١٩٦٨)[٦]:

أشار العالم (براون Brown 1968) في كتابه: «مناهج البحث ووسائله في علم النفس الإكلينيكي» بأن ثمة عوامل بارزة تتحكم في التأثيرات على إجابة الاختبارات:

١) سلوك المفحوص إزاء الاختبار (دفاعي - سلبي - مقاوم - متحمس..).

٢) موقف المفحوص أثناء الاختبار (عدواني - سريع التهيج - خجول - متحدّي..).

٣) استجابة وفهم المفحوص للتعليمات: (سريعة - بطيئة - حذرة - غير متسقة..).

٤) النشاط ببدء الإجابة: (قلق حركي - نرفزة عصبية - قضم أظافر..).

٥) مشكلات الكلام: (صعوبة النطق، التهتهة إلخ..).

تقيم الاختبارات الإكلينيكية

تعتبر مجلدات العالم (بيروس Buros, O.K)[٧] الخمسة من أدق وأشهر الكتب انتشاراً في موضوع الاختبارات؛ (تعريفاً وعرضاً وتحليلاً وتأليفاً ونقداً وتقييماً).

وجاءت بعدها مؤلفات القياس على يد مشاهير العلماء أمثال: أناستازي، وكرونباك، وفريمان وغيرهم: Anastasi, Cronback and Freeman. وقد أكد هؤلاء العلماء أن من أهم شروط الاختبارات النفسية الجيِّدة (الصدق - والثبات - وتوفر المعايير - وموضوعية التصحيح، والوسائل المساعدة في التفسير).

ويهمنا - في مجال الحديث عن تقييم الاختبارات - الحديث الموجز عن:

١ - صدق الاختبار والعمل الإكلينيكي.
٢ - ثبات الاختبار.
٣ - الملاحظة أثناء الاختبار.
٤ - عيوب الاختبارات ومحدوديتها.
٥ - مزايا وفوائد الاختبارات.

(١) صدق الاختبار والعمل الإكلينيكي:

ليس المقصود بالصدق عمومية اللفظ وإنما الذي نعني من صدق الاختبار في علاقته بالمتغيرات التي يهتم الأخصائي النفسي بدراستها.

ويرى (كرونباك: 1960, cronback)أن معاملات الصدق التي تصل إلى

حدود (٠,٣٠) ذات قيمة عملية مؤكدة وأن معاملات الصدق الاقل من ذلك تكون مفيدة عندما تغطي جوانب من الشخصية لا تغطيها اختبارات أخرى تزيد درجة صدقها عن ذلك.

ويرى (كرونباك) أن (استعراض جميع الدراسات الخاصة بصدق الاختبارات يؤيد مبدأ (شانون) وهو:

«أن زيادة التعقد في المعلومات لا تحصل عليها إلا بالتضحية بالدقة: Fidelity»).

وأما فيا يتعلق بمقاييس صدق الاختبارات فإن صدق المحتوى يحدد مدى تمثيل الاختبار للموضوع الذي اهتم بقياسه من حيث المضمون. وأما الصدق التنبؤي فإنه يقيس تنبؤ الاختبار عن الأداء في المستقبل. ويقيس الصدق التلازمي مدى الاتفاق بين الاختبار وغيره من الوسائل.

أما الصدق التكويني فإنه يقيس المدى الذي يعكسه الاختبار لوجود السمة أو الخاصيّة أو التكوين التي يفترض أن يقيسها لدى المفحوص.

(٢) ثبات الاختبار والعمل الإكلينيكي:

ثبات الاختبار يشير إلى اتساق نتائج الاختبار عندما يطبق أكثر من مرة؛ أو إمكانية الحصول على نفس النتائج عند إعادة تطبيق الاختبار، أو دقة الاختبار: Accuracy and consistency ويحدد ثبات الاختبار مدى امكانية وقوع الدرجة التي يحصل عليها في مدى - ما - من الدرجات. فإذا حصل طفل على نسبة ذكاء قدرها (١١٥) فإن النسبة الحقيقية لذكائه تقع بين (١١٠ - ١٢٠) إذا كان الاختبار ثابتاً بدرجة

عالية. وكلما قلّ ثبات الاختبار كلما زاد المدى الذي تقع فيه الدرجة الحقيقية التي يحصل عليها الفرد في ذلك الاختبار.

(٣) الملاحظة أثناء إجراء الاختبارات:

تعتبر (الملاحظة الإكلينيكية الخبيرة) أثناء إجراء الاختبار (أهم إضافة) للمعلومات التي يقدمها لنا الاختبار. وعلى الأخصائي النفسي أن يلاحظ مظهر المريض وسلوكه وعناده وتعاونه وردود أفعاله أثناء سير الاختبار سعياً وراء الإشارات الدالة على (اتجاهه نحو الاختبار (Test-Taking Attitude.

(٤) عيوب الاختبارات ومحدوديتها:

لقد أصبح واضحاً أن للاختبارات حدوداً وعيوباً تتمثل بما يأتي:

(١) إن نتائج الاختبارات تتوقف على (اتجاه المفحوص) إلى المريض المجيب.

(٢) تتوقف قيمة الاختبار على كفاية الأخصائي وقدرته على تفسير نتائجه، وهناك خطر كبير في اعتماد الأخصائي على (الاختبارات) أكثر مما ينبغي.

(٣) العلاقة التي تتشكل بين الفاحص والمفحوص قد تكون غير مرغوب بها وقد تؤدي إلى نتائج تتعارض مع العلاج. وهناك شعور بين النفسانيين بأن- نقصاً واضحاً- يوجد في الاختبارات وقيمتها

ومدى فائدتها وخاصة في نواحي العلاج من حيث (النوع والمدة والمكان والنتيجة).

(٤) الاختبار النفسي قد لا يتلاءم مع أصحاب العاهات النطقية أو الجسدية أو الذين يشكون من عجز أو نقص ونتائجه عموماً لا تعدو أن تكون مجرد (احتمالات). وعلى الأخصائي أن لا يقصر اعتماده عليه فقط؛ لأنه مجرد (أداة: Tool).

(٥) إن الاختبارات النفسية عموماً تركز الأهمية الكبرى على حالة المريض ذاتها دون الاهتمام (بمواقف الحياة المحيطة) وأثرها في سلوكه، والديناميات فيه، والمؤثرات الخفية والمساهمة حوله.

(٥) مزايا وفوائد الاختبارات:

(١) الاختبارات عادة أفضل من بديلاتها لأنها تتطلب وقتاً أقصر ومجهوداً أقل وتشتمل على موضوعية أكثر من المقابلة وتاريخ الحالة التي تعتبر أقل منها صدقاً وثباتاً.

(٢) تسهل عملية (تبادل النتائج) بين الأخصائي وغيره من المتخصصين في العيادات.

(٣) تعتبر أقل الوسائل تأثُّراً بالانحياز الشخصي Personal-Bias رغم وجود التفاوت بينها في الموضوعية.

(٤) تعتبر خاضعة للتحليل الإحصائي وأطوع له وللمقارنات الرقمية والتحليل العلمي على عكس الوسائل التشخيصية الأخرى التي تتعرض للخطأ.

(٥) الاختبارات اقتصادية في التكاليف وتوفر وقت الأخصائي الذي يحتاج دوماً الرجوع إلى (الكتب المتخصصة) ومصادر القياس والاختبارات*.

حواشي الفصل الثامن عشر

(1) Cronback, L.J: Essentials of Psychological testing, New York, .Harper + Raw, 1960

(2) Freeman, F.S: Theory and Practice of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962.

(٣) من أجل بحث تفصيلي يرجع القارىء إلى: د. عطية هنا - علم النفس الإكلينيكي - دار النهضة العربية - ١٩٧٦ - القاهرة - ص (١٩٠ - ٢٢٢).

(٤) راجع السيد فؤاد البهي: علم النفس الإحصائي - ١٩٥٨ دار الفكر العربي - القاهرة.

(5) Masling,J: The Effect Warm and Cold Interaction on the Administration and Scoring of Intelligence Test, j, Consult. Psychol, .1957, 23, pp. 336 - 341

(٦) براون، أ.و: مناهج البحث ووسائله في علم النفس الإكلينيكي، في مناهج البحث في علم النفس بإشراف اندروز (مترجم بإشراف يوسف مراد) القاهرة - دار المعارف ١٩٦٨.

7) Buros, O.K:. (Ed) The 1940 Mental Measurements, Yearbook, New .Jersy, 1941, U.S.A, and the Third and Fourth and Fifth : 3,4,5 th

* Anastasi, A: Psychological Testing, New York, Macmillan, 1961. U.S.A.

- Cronback, L.J: Essentials of Psychological Testing Harper + Row, 1960. U.S.A.

- Freeman, F.S: Theory + Practice of Psychologic-Testing, New York, Holt, Rinehart + Winston, 1962, U.S.A.

الفصل التاسع عشر

أساسيات رئيسية ومناهج البحث في علم النفس الاكلينيكي

[خطة الفصل المنهجية]:

- اللغة الإكلينيكية السايكولوجية.
- مسلمات أساسية في علم النفس الإكلينيكي:
  ١- الحافز والدافعية.
  ٢- الحتمية النفسية والمعنى السلوكي.
  ٣- الاتّساق والاطراد.
  ٤- الشعورية واللاشعورية في الدوافع.
  ٥- السلوك أنماط متعلمة.
- المشكلات المنهجية للبحث في علم النفس الإكلينيكي:
  ١- مشكلة الملاحظة.

٢- مشكلة التصنيف.

٣- مشكلة القياس والتقدير الكمي.

٤- مشكلة التجريب.

٥- مشكلة العيِّنة.

٦- مشكلة تصميم البحث.

- أسس منهجية في البحث العلمي.
- مناهج البحث وأنواع البحوث:

أولاً: البحوث الوصفية والمسحية.

ثانياً: البحوث التجريبية.

ثالثاً: البحوث الارتباطية - العلائقية.

- أسس منهجية في علم النفس الإكلينيكي.
- مصادر للبحث.

الفصل التاسع عشر:

أساسيات رئيسية ومناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي

- اللغة الإكلينيكية ومسلمات أساسية في علم النفس الإكلينيكي.
- المشكلات المنهجية للبحث في علم النفس الإكلينيكي.
- أسس منهجية في البحث العلمي.
- مناهج البحث وأنواع البحوث الإكلينيكية.
- أسس منهجية في علم النفس الإكلينيكي.

اللغة الإكلينيكية السايكولوجية:

إن من أهم أهداف البحث في علم النفس الإكلينيكي وضع (لغة دقيقة) Accurate Language تعبر عن مفاهيمه والعلاقات القائمة بينها؛ والنتائج التي يتوصل إليها البحث. ولهذا فقد كنا نشدد دوماً على القول بأن (الكلمات والتعاريف) يجب أن تحوّلها اللغة الدقيقة إلى تعاريف ومفاهيم (إجرائية Operational) أي ذات مدلول سلوكي قابل للتحقيق في إطار الواقع. وتزداد أهمية (الدقة اللغوية) عند اختيار المتغيرات واختبارها وعند تفسيرها أو طرح الحلول أو تخطيط برامج العلاج.

وقد سبب عدم (الدقة اللغوية) أن يقول باحثان نفس الكلمات ولكن

كل واحد منها يقصد ويفهم عكس ما يعنيه الآخر؛ وعلى الأخص - في بيئتنا العربية - ذلك أن معظم الكلمات قد بدأت تفقد معناها ومدلولاتها لأنها مشحونة بالانفعالات العاطفية ولم تتبلور في إطار ومضمون (إجرائي - سلوكي) محدد: Specific, Concise, Accurate, Precise, Definite, Vital, Central and Operational.

ولعل من المؤسف أن يخرج علماء نفسانيون عن (التحديد اللغوي) ويستخدموا - تعابير عائمة - مثل: الاعتبار غير المشروط الذي نادى به (كارل راجرز C. Rogers) وهو تعبير: (الاعتبار غير المشروط: Unconditional Positive Regard)؛ وتعبير (الإرادة الحرة: The Free Will)؛ وغيرها.. وعلى هذا فتعاريفنا يجب تحديدها (إجرائياً) في الكلام والبحث: Operational-Definitions. وتواجه الظواهر الإكلينيكية عموماً في مجال الوصف ومستويات التحديد والاتصال اللغوي (ثلاثة صعوبات) وهي:

أ- صعوبات الممارسة اليومية: Everyday Practice

إن (تبسيط اللغة) بين الأخصائي والمريض يشكل ضرورة ومتطلباً ذَوَيْ طرفين. وحين يتمكن الأخصائي من الإصغاء الدقيق للمريض لفهم لغته؛ فإن صعوبة فهم المريض للأخصائي تبقى قائمة؛ لقصور في الفهم عند المريض أو لقصور عند الأخصائي في مهارته باتصال لغته للآخرين.

ب- المجال المهني والإداري ومستواه الخاص: Professional + Administrative Communication

إن مستوى الأخصائي الإكلينيكي كمتخصص بين فريق من

المتخصصين في المستشفيات والعيادات يضعه أمام مسؤوليات يشارك من خلالها في الاجتماعات التشخيصية والعلاجية؛ وكتابة التقارير؛ وإجراء المقابلات؛ وهذه كلها تستلزم (لغة خاصة) لاستعمالها في - وسط آخر - وتختلف عن اللغة العامة: Public.

جـ - مجال البحث العلمي ونظريات الشخصية والسلوك:

إن - الباحث العلمي - لا بد أن يتزود (باللغة) الخاصة بميدانه ويعبر من خلالها عن نظرياته واستنتاجاته. وقد رأينا ذلك في محاولات العالم (كاتل Cattell) بالنسبة للعوامل التي حددها نتيجة استعراضه للبحوث في ميدان الشخصية ووضعها تحت (الفهرس العام للعوامل: Universal Index For Factors)ومحاولة العالم (آيزنك: Eysenck) في وضعه لنظام تشخيصي على أسس اختبارات مقننة وتطبيقه للعلاج السلوكي.

وهكذا فإن من واجبات الأخصائي الانتباه إلى هذه الصعوبات التي سيتصدى لها في مجال بحوثه، وعلاقاته، وأعماله.

مسلمات في علم النفس الإكلينيكي:

يأخذ علم النفس الإكلينيكي كعلم ناشيء بمسلمات عديدة، أبرزها (المسلمات الخمس) التالية:

١) الحافز والدافعية: إن كل سلوك يرجع إلى دوافع؛ Behind Every Behavior Motive + Drive. وتنتظم هذه الدوافع على شكل تدريجي متصاعد هرمي: (هياراركي)؛ وبعضها أقوى من الآخر؛ ويتميز البعض بالأولوية على غيره.

٢) الحتمية النفسية والمعنى السلوكي: إن كل سلوك مهما كان بسيطاً أو معقداً فإنه يرجع إلى عوامل تحدده؛ ففلتات اللسان وأسلوب العمل يجب دراسة دوافعها والظروف المؤدية إليها. والسلوك على هذا لا يسير عشوائياً بل هو هادف وذو معنى: Behind Every Behavior Reason, Meaning, and Goal.

٣) الاتساق والاطراد: يتضمن السلوك صفة الاطراد والاتساق في دوافع الفرد وأساليب سلوكه وإشباع دوافعه: Consistency وهذا الاطراد في السلوك هو الذي يسمح لنا بأن نتنبأ بسلوك الفرد مستقبلاً. ومن ملاحظة السلوك في الظروف المختلفة يحاول الإكلينيكي أن يحدد الأساليب المطردة في تفكير الفرد واستجاباته.

٤) الشعورية واللاشعورية في الدوافع: يركز أصحاب مدرسة التحليل النفسي على الصراعات والدوافع اللاشعورية؛ باعتبارها عمليات افتراضية. ويتهم آخرون هذه العمليات بأنها عمليات غيبية Demonological؛ ويفضل البعض الحديث على مستوى الشعور المدرك المحسوس. ومع ذلك فإن معظم الإكلينيكيين يسلمون بأن السلوك الإنساني قد يتحدد بعمليات ليس الإنسان على وعي بها كليّة.

٥) السلوك أنماط متعلمة: The Behavior is Learned يسلم معظم علماء النفس بأن أساليب السلوك وأنماطه عموماً هي مكتسبة ومتعلمة من البيئة. ويؤكد السلوكيون وأصحاب نظريات الشخصية بأن هذه المسلمة هي أساسية وأن (التفاعل) قائم بين خصائص الكائن الوراثية والفيزيولوجية وعمليات التعلم.

وإن إحاطة (الأخصائي) بالمسلمات الخمس السابقة تجعله أكثر مهارة في

اختيار الأسلوب الناجح في عمله وتخصصه الميداني.

المشكلات المنهجية للبحث في علم النفس الإكلينيكي:

يعترض - الباحث العلمي - في ميدان علم النفس الإكلينيكي (ست مشكلات منهجية للبحث) لا بد من مراعاتها والاهتمام بها وهي:

(١) مشكلة الملاحظة: Observation

يتفق العلماء في اعتبار الملاحظة Observation أداة هامة من أدوات البحث العلمي. ويستخدمها الباحثون في دراستهم للظواهر المختلفة بأصول وقواعد دقيقة. وهي في - الميدان الإكلينيكي - تستلزم مهارات فائقة وممارسات وخبرات؛ وذلك بسبب تعقد الظواهر المدروسة في هذا الميدان.

وخطورة الملاحظة تكمن في اختلاف وجهات النظر بها. وقد أقام العالم (كروكر Crocker) تجربة عن ملاحظة سلوك بعض الأفراد ومقارنة ملاحظاته من مجموعة من الشاهدين المثقفين لما حدث تدل بوضوح على أن كلا من الشاهدين لاحظ (غير ما لاحظه الآخرون). ويعيد الباحث السبب في ذلك إلى أنه لم يطلب منهم أن يلاحظوا (شيئاً محدداً بالذات). ولهذا لا بد من (تحديد هدف) الملاحظة. والملاحظة بدون مهارة وتدريب قد تتحول إلى مجرد إضاعة للوقت. ويتعرض الملاحظ عموماً للانحياز والتعصب الذاتي وكلها أطراف نقدية لهذه المشكلة المنهجية.

(٢) مشكلة التصنيف: Classification

كان (أبقراط Hippocrates) أول من صنف الأمزجة إلى دموي،

وصفراوي، وبلغمي، وسوداوي. ثم قام كريبلين وكرتشمر بتصنيفات أخرى. وأشار فرويد إلى تصنيف في التطور النفسي - الجنسي على نسق تصنيف دارون وسبنسر. وجاء اختبار الرورشاخ في تتابع توالي الاستجابات بعضها وراء البعض الآخر. واهتم العلماء بتصنيف المرضى إلى (فئات) إكلينيكية. وفي جميع حالات التصنيف يجب أن يكون الأخصائي - حذراً - من عنونة الناس إذ كثيراً ما يتضح فيما بعد أن المحك في التصنيف كان لظروف خاصة وطارئة وشخصية ولم يكن نتيجة لظواهر الحالة ذاتها وديناميا تها وخصائصها وظروفها الموضوعية المختلفة.

(٣) مشكلة القياس والتقدير الكمي:

لقد قال العالم (ثورندايك) بأن «كل ما يوجد؛ يوجد بمقدار، وما يوجد بمقدار يمكن أن يقاس». إن التحديد الرقمي يعني مقدار أو مدى الظاهرة التي تدرس وهو أمر صعب في جميع الظواهر النفسية والاجتماعية. فمن الصعب مثلاً أن نحدد رقماً يدل على (مدى العصابية) أو المحبة، أو الكراهية التي توجد عند فرد من الأفراد.

(٤) مشكلة التجريب: Experimentation

إن مشكلة الضبط للمتغيرات في عملية التجريب مشكلة منهجية صعبة: Control of Variables فهي تفرض أعباءها على الباحثين لمراجعة الكثير من التفسيرات التي وضعت من المجموعات الضابطة، وغالباً ما تقود الباحث للوقوع بالخطأ.

فقد دعا (كوتون A. H. Cotton) إلى النظرية القائلة بأن الالتهابات

البؤرية: Focal Infections هي السبب الرئيسي في المرض العقلي. ورأى أن إزالة الأنسجة الملتهبة لدى المرضى العقليين تؤدي إلى شفائهم. ولتأييد نظريته عرض عدداً كبيراً من الحالات التي شفيت على هذا الأساس.

وجاء بعده (كوبيلوف وتشيفي Kopeloff + Chevey) ونشروا مع (كيربي Kibry) أبحاثاً مضادة؛ استخدموا فيها فئات مرضية تجريبية وضابطة؛ وكان المرضى ممن لم تجر عليهم عمليات استئصال الأنسجة الملتهبة؛ ووجد أنه (لم توجد فروق) ذات دلالة بين المجموعتين بسبب العملية. وتوصلوا إلى النتيجة القائلة بأن (بؤرة الالتهاب) ليست السبب الرئيسي في المرض العقلي الوظيفي (الذهان الوظيفي Functional Psychosis) وقد أدت هذه النظرية إلى ترك نظرية كوتون القديمة. وقد أثار (آيزينك Eysenck) حالياً مثل هذا النقد ضد نظرية التحليل النفسي وعلاجه في شفاء الأمراض النفسية.

(٥) مشكلة العيِّنة: Sampling

هذه أيضاً من المشكلات المنهجية الخاصة بالدراسات الإحصائية، ويكفي أن نذكر أننا في كثير من الأحيان أمام (حالات فردية) Individual Cases لا يمكن أن نعمم منها على حالات أخرى.

(٦) مشكلة تصميم البحث: Research-Design

إن الحالات المرضية (نفسياً وسلوكياً وعقلياً) ودراستها ودراسة تأثير أنواع العلاج المختلفة بها تتطلب كثيراً من المرونة في تناولها؛ والحالات (ليست دوماً في متناول الباحث) فقد يكون انقطاع معلوماتها دائماً أو

متقطعاً، ولكي يتمكن الباحث من تصميم البحث لا بد أن يستفيد من كل مصدر للبيانات ولكن ليس على حساب دقة البحث العلمي وأصوله الاحصائية والمنهجية.

اسس منهجية في البحث العلمي:

يتصدى البحث العلمي عموماً لسؤالين أساسين: (لماذا؟ Why وكيف؟ How) والأخصائي الإكلينيكي بحكم احتكاكه الدائم بمشكلات الأفراد وهدف مساعدتهم فإنه على صلة دائمة بمواجهة هذين السؤالين.

ويؤكد العالم (راينباك: Reichenbach) أن عملية البحث العلمي هي خلق وإبداع للقضايا العلمية وتتطلب وضعاً للفروض وتطويراً لمناهج البحث واكتشافاً وتحقيقاً. ولا بد للبحث من (قاعدة نظرية). ويواجه الأخصائي باستمرار العديد من المشكلات التي تتطلب منه البحث عن الحلول. وكلما ظهرت مشكلات جديدة برزت الحاجة لوضع فروض جديدة واتسع نطاق البحث وأصبح أكثر عمقاً وأصالة. ويمكننا تحديد خمسة أسس منهجية للبحث العلمي:

١ - الشعور بالمشكلة وتحديدها وصياغتها على شكل فروض وتعريفها (إجرائياً): Operationally.

٢ - تحديد المنهج المتبع للدراسة: Method and Tools of Research.

٣ - اختيار العينة للبحث. Selection of Sampling.

٤ - معالجة البيانات واستخراج النتائج: Statistical Analysis and Reaching Conclusions.

٥- تفسير النتائج واقتراح الحلول أو المقترحات العملية. Interpretations of Results and Recommending Solutions or Suggestions [The Application of The Study].

ورغم أن (الباحث) يدرك جيداً أهمية الأسس السابقة للبحث فإن أمامه ثلاثة مناهج أو طرق في البحوث.

مناهج البحث وأنواع البحوث: تختلف مناهج البحث ونوعياته حسب (نوع الموضوع المدروس أو المشكلة المطروحة) التي غالباً ما تحدد الأسلوب والطريقة. ويوجز العلماء مناهج وأنواع البحوث بثلاثة أنواع:

أولاً: البحوث الوصفية والمسحية: Survey And Descriptive Researches

وهي ضرورة عند (بدء البحث) لأنها تساعد في إجراء (مسح شامل) للمشكلة يهدف إلى تحديد عناصرها وطبيعتها. ويستخدم بها الملاحظة والمقابلة والاستبيانات؛ وهذا النوع من البحوث مهم جداً في البحوث الإكلينيكية نظراً لأن الظواهر التي تدرسها لا تحدث في المختبر. ومن أمثلتها دراسة اتجاهات الرأي العام، ووجهة نظر الناس إلى الأمراض النفسية؛ ونشاط الأطفال المراهقين في مجتمعات محلية محددة؛ ويطلق عليها الدراسات الايكولوجية السلوكية: Ecological Behavioristic Researches (دراسة علاقة سلوك الإنسان بالبيئة الطبيعية).

ثانياً: البحوث التجريبية: Experimental Researches

وتهدف إلى دراسة (أثر عامل) من العوامل في ظاهرة من الظواهر

وذلك بزيادة أثر هذا العامل أو تقليله أو إلغائه. ويستخدم الباحث فيه الوسائل الإحصائية والمختبرية. وتتميز هذه البحوث في أن الباحث فيها يكون مسيطراً على (العامل أو العوامل) التي يدرسها فهو يتحكم فيها وجوداً وعدماً، وزيادة ونقصاً. ورغم أهمية هذه البحوث كنوع ومنهج في علم النفس عموماً وعلم النفس الإكلينيكي خصوصاً فإن من الصعب (اخضاع البشر) للشروط التجريبية دون حدوث ضرر وخطر.

وفي عصرنا نماذج لأخطار التجارب في تلقيح بعض الأفراد ببعض العقاقير المخدرة الكيميائية: مثل (L.D.S) وغيرها للحصول على (أعراض الفصام) عند الفرد ثم اكتشاف مضادات لها. وتمتلىء المختبرات في الولايات المتحدة الأمريكية بمئات التجارب المعاصرة والمثيرة للعقول والأذهان التي صدرت حولها مئات الكتب والأفلام الغربية.

ثالثاً: البحوث الارتباطية - العلائقية: Correlational Researches

يهدف هذا النوع من البحوث إلى بيان (العلاقة أو العلاقات) بين الظواهر أو المتغيرات؛ وفيها لا يعرض أفراد التجربة لأي إجراء تجريبي ولكنهم يخضعون للملاحظة أو لقياس هذه الظواهر؛ ثم يقوم الباحث بطرقه الإحصائية المختلفة بدراسة العلاقة بين الظواهر وتتضمن هذه البحوث دراسة معاملات الارتباط، والتحليل العاملي ومقارنة المجموعات، ويستخدم الباحث فيها اختبارات الدلالة الإحصائية.

أسس منهجية في علم النفس الإكلينيكي

إن من الضروري أن يراعي الأخصائي الاعتبارات المنهجية التالية:

١- لا توجد ظاهرة واحدة تعمل بمفردها في المجالات النفسية والسلوكية والاجتماعية؛ وإنما يوجد (تفاعل وتداخل) متعدد الجوانب بين المتغيرات والظواهر: Multiple Interaction.

٢- إن البحوث الإكلينيكية لا ترمي فقط إلى الوصول إلى القوانين والمبادىء العامة التي تحكم السلوك الإنساني وإنما تستهدف (دراسة الفرد) وإرجاع سلوكه لأسباب وعوامل مؤثرة فيه. والاعتماد على المقارنة كمنهج مفيد. ويؤكد العالمان (آلبورت، وبيشوف Allport + Bischof) أن في الشخصية جوانب فردية محصنة ذات خصائص فريدة: Idiographic ومن الوسائل المستخدمة بدراسة الفرد وشخصيته معالجة القياسات المختلفة الخاصة بالشخص الواحد في أوقات متعددة. ويعتبر التمايز المعنوي (السيمانتي) طريقة أخرى للبحث: Semantic Differential Method.

٣- لا يجوز أن يستخدم الأخصائي - اختباراً واحداً - فقط بل عدة مقاييس وهناك من المقاييس ما يكشف العديد من الجوانب كاختبار الشخصية المتعدد الوجوه (مانيسوتا)؛ ويصبح واجب الأخصائي دراسة (النموذج - النمط) Pattern بالنسبة لدرجات المفحوص ويضعها على شكل (تخطيط نفسي) Psychological Profile. حتى يفهم الحالة من كافة أبعادها.

٤- يجب التركيز في البحث على أهمية (المعيار)؛ فيتساءل الأخصائي: ما هو المعيار للعلاج النفسي المستخدم؟ ما الذي يريد الباحث قياسه؟ ما الذي يقيسه هذا الاختبار؟

٥- ينبغي على الباحث أن يكون على حذر من (معرفته الذاتية) بالمفحوصين موضوع الدراسة؛ وهذا ما يطلق عليه (التأثيرات غير

التجريبية: Extra Experimental Influences ولتلافي ذلك يستخدم ما يطلق عليه (التصميم التجريبي المزدوج العشوائي) Double-Blind Design. وهي التجارب التي يكون بها الفاحص والمفحوص على غير علم بالمتغيرات التي يتضمنها البحث. ومثالها حالة تجارب (البلاسيبو: Placebo) وهي (الحبوب غير المؤثرة التي تستخدم في تجارب أثر الأدوية والعقاقير في الأمراض النفسية).

٦- ينبغي على الباحث أن ينطلق من (أخلاقيات للبحث) تستهدف دوماً مصلحة الآخرين. فعليه ملاحظة مقدار الضغط على الفرد Stress وعدم توجيهه أو توجيه الفرد خارج نطاق المصلحة أو أغراض البحث العلمي*.

حواشي الفصل التاسع عشر

* Reichenbach, H: Experience and Prediction, an Analysis of the Foundations and Structure of Knowledge, Chicago, University of Chicago Press, 1938.

* Bischof, L. J: Interpreting Personality Theories, New York, Harper and Row, 1964.

★ راجع: د. عطية هنا وسامي هنا: (علم النفس الإكلينيكي) دار النهضة العربية (الطبعة الأولى - الجزء الأول) - ١٩٧٣ - القاهرة - ص (٤٨ - ٦٣).

ملحق

قائمة ساندبيرغ وتيلر للاختبارات النفسية الشائعة

Sundberg, N.D. And Tyler, L.E. (*)

(*) Clinical psychology New York, Appleton-Century, Crofts, 1962.

ملحق

أهم الاختبارات السيكولوجية المستخدمة في علم النفس الإكلينيكي

أورد سوندبرج وتيلور(*) قائمة تشتمل على خمسين من أهم الاختبارات في مجال علم النفس الإكلينيكي، باعتبارها أكثر الاختبارات النفسية قيمة، والتي ينبغي أن يعرفها المختص النفسي الإكلينيكي. ولما كانت الاختبارات النفسية كثيرة، فقد وضع سوندبرج وتيلور محكات موضوعية لاختيار هذه الاختبارات الخمسين، أساسها شيوع استخدام الاختبار، وتكرار ذكر الاختبار لدى خبراء علم النفس الإكلينيكي، ووجود أكبر عدد من البحوث والدراسات المنشورة عن الاختبار.

والمحكات الموضوعية الثلاثة هي:

١ - استخدام الاختبار لدى النصف على الأقل من ١٨٥ من أكبر المستشفيات والعيادات ومراكز الإرشاد في الولايات المتحدة الأمريكية.

٢ - ذكر الاختبار لدى خمسة على الأقل من عشرة من خبراء علم النفس الإكلينيكي وهم مؤلفو أهم عشرة كتب في علم النفس الإكلينيكي وهم:

1. Garfield, 1957.
2. Hadley, 1958.
3. Louttit, 1957.
4. Pennington & Berg, 1954
5. Rotter. 1954.
6. Rubinstein & Lorr, 1954.
7. Shaffer & Lazarus, 1952.
8. Thorne, 1955.
9. Wallen, 1945.
10. Watson, 1951

٣- ترتيب أعلى ١٠٪ من عدد البحوث المنشورة عن الاختبارات والمذكورة في الكتابين السنويين الأخيرين للقياس العقلي. Buros: Mental Measurements Year Books: 1953, 1959. في قسمي قياس الذكاء والشخصية فردياً.

وقد تجمع على أساس واحد أو أكثر من هذه المحكات ٣٠ اختباراً، وأضاف سوندبرج وتايلور ٢٠ اختباراً آخرين لتكملة وسائل القياس مع تضمنها لأحدث هذه الوسائل.

الذكاء أو القدرة العامة

١ - اختبارات أرثور لقياس الأداء (بالنقط):

Arthur Point Scale of Performance Tests:

مجموعة من اختبارات الأداء تشتمل على لوحات أشكال، متاهات، رسوم مكعبات، وما إليها، وكلها مقننة على نفس العينة، ويمكن استخلاص نسب ذكاء للأعمار من ٢/١ ٤ سنة وحتى الرشد.

٢ - اختبار رسم الرجل (جودإنف)[١]:

Draw-A-Man (Goodenough)

إجراء قديم وبسيط للحصول على تقدير تقريبي للذكاء بتصحيح تفاصيل رسوم الطفل ونسبها، للأعمار من ٥ وحتى ١٥ سنة.

٣ - اختبار المفردات - الصور الشامل:

Full-Range Picture Vocabulary Test

قياس سريع للمفردات الشائعة الاستخدام، ويطلب من المفحوص أن يشير إلى أي الصور الأربع تصور الكلمة التي ينطق بها الفاحص. ويفيد لدى المرضى الذين يفتقدون القدرة على التعبير. للأعمار من عامين وحتى الرشد.

٤ - مجموعات كنت للمقاييس للطوارىء:

Kent Series of Emergency Scales (Kent E-G-Y)

مجموعات قصيرة من الأسئلة - تفيد كوسائل كشف سريعة وتبين قياساً تقريبياً للذكاء. صور مختلفة للأعمار من ٥ إلى ١٤ سنة، ويمكن استخدامها مع الراشدين ممن يشك في ضعفهم العقلي.

٥ - اختبار متاهات بورتيوس[٢]: **Porteus Maze Test**

مجموعة من المتاهات المطبوعة وعلى المفحوص أن يرسم طريقه من نقطة

البداية وحتى الخروج. ويوصف الاختبار بأنه يقيس الاستبصار والتخطيط. وقد اتضح أنه أداة مفيدة إكلينيكياً لكشف حالات تدهور المخ والجناح. للأعمار من ثلاث سنوات وحتى الرشد (من ٣ - ١٨).

٦ - المصفوفات المتتابعة (رافن) **Progressive Matrices (Raven)**

مجموعة من الرسوم بكل منها جزء ناقص، وعلى المفحوص أن يختاره من بين بدائل متعددة. وتعليمات الاختبار شفوية وبسيطة جداً، ويمكن استخدامه كاختبار جمعي. وهو شائع الاستخدام في بريطانيا حيث صُمم وطور هناك،والمعايير من ٨ إلى ٦٥ سنة.

٧ - مقياس ستانفورد بينيه للذكاء[٣]:

Stanford-Binet Intelligence Scale

أقدم الاختبارات المستخدمة لدى النفسيين، وأحدث تعديل له عام ١٩٦٠ وهو مرتب على مستويات العمر العقلي، وحالياً يبين نسب الذكاء بدرجات معيارية، للأعمار من سنتين وحتى الرشد، وغير مقنن على الراشدين الأكبر سناً.

٨ - مقياس وكسلر لذكاء الراشد (وايز)[٤]:

Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS)

ستة اختبارات فرعية لفظية (المعلومات - الفهم - الحساب - المتشابهات - تذكر الأرقام - المفردات) وخمسة اختبارات فرعية عملية (رموز

الأرقام، رسوم المكعبات، تكميل الصور، ترتيب الصور، تجميع الأشياء)، ويبين نسبة ذكاء لفظي، ونسبة ذكاء عملي، ونسبة ذكاء كلي، للأعمار من ١٦ وما بعدها، والمعايير حتى سن الستين وما بعدها.

٩ - مقياس وكسلر - بلفيو للذكاء[٥]:

Wechsler-Bellevue Intelligence Scale

صورة مبكرة من (وايز) للأعمار من ١٠ وحتى ٧٠ عاماً.

١٠ - مقياس وكسلر لذكاء الأطفال[٦] (ويسك):

Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)

صورة للأطفال من مقياس وكسلر، والمعايير للأعمار من ٥ إلى ١٥ عاماً.

النقص العقلي واضطرابات التفكير

١١ - اختبار تكوين المفهوم الكلي (اختبار فيجوتسكي أو هنفمان وكازانين)[٧]:

Concept Formation Test (Vigotski or Hanfmann-Kasanin Test)

يتطلب الإجراء أن يفرز المفحوص مكعبات مختلفة الأشكال والألوان، وليس الاختبار ملائماً لاختبار مفحوصين ذوي قدرة عقلية مرتفعة، وما زال الاختبار يعتمد على الخبرة إلى حد كبير، لكنه يستخدم

بالمعنى الإكلينيكي لدراسة اضطرابات الفكر في حالات الفصام وتدمير المخ.

١٢ - اختبارات جولدشتين - شيرير للتفكير التجريدي والمحسوس[٨]:

Goldstein-Scheerer Tests of Abstract and Concrete Thinking.

مجموعة من الأساليب الإكلينيكية لاختبار قدرة المريض على تكوين المفهوم الكلي، ومنها فرز الأشياء، ونسخ الرسوم. وأحياناً يستخدم اختبار ويجل Weigl لفرز اللون - الشكل بمفرده لبيان الأداء البسيط لتكوين المفهوم الكلي. وليست للاختبارات معايير دقيقة لكنها تتيح إمكانيات طيبة للملاحظة الإكلينيكية.

١٣ - مقياس شيلي لتقدير التلف العقلي:

Shipley. Institute of Living Scale for Measuring Intellectual Impairment

اختبار ورقة وقلم ويمكن تطبيقه جمعيًا كوسيلة سريعة للكشف عن التلف العقلي أو العجز في الأداء العقلي ويبين الاختبار درجات منفصلة لأجزاء المفردات والتجريدات. وتعتمد النسبة المفهومية Conceptual Quotient على فرضية أن درجة التجريد المنخفضة انخفاضاً غير عادي بمقارنتها بالمفردات تدل على نقص عقلي يرجع إلى تدمير المخ أو بعض الاضطرابات الوظيفية الأخرى.

١٤ - مقياس وكسلر للذاكرة: **Wechsler Memory Scale**

وسيلة سريعة وعملية لفحص ذاكرة المريض على أسس مقننة. وبنود الاختبار بسيطة لمعرفة معلومات المريض، والتوجيه الزماني والمكاني، والاستدعاء المباشر، والتذكر. والمعايير محددة للراشدين.

١٥ - اختبار الصيغة البصرية - الحركية (بندر جشتالت)

Visual-Motor Gestalt Test (Bender-Gestalt)

مهمة المفحوص على هذا الاختبار بسيطة، وهي أن ينسخ تسعة رسوم تقدم له واحداً بعد الآخر. ويستخدم الاختبار ليكشف عن الانحرافات أو التشويهات الإدراكية لدى المصابين بتدمير المخ والتخلف في النمو العقلي وخصائص الشخصية. والاختبار شائع الاستخدام للتشخيص الفارق للإصابة العضوية بالمخ، وتصحيحه مقنن، وقد أكدت بعض الرسوم صدق الكشف عن الإصابة العضوية بالمخ.

القدرات الخاصة والاستعدادات والتحصيل

١٦ - اختبار الفهم الميكانيكي (بنت)

Test of Mechanical Comprehension (Bennett)

مجموعة أسئلة عن الصور تمثل المبادىء الميكانيكية، وهو شائع الاستخدام. يمكن تطبيقه على الجماعات، والاختبار صادق في التنبؤ

بالنجاح في المهن الميكانيكية والهندسة والتدريب السريع يطبق من تسع سنوات دراسية وما بعدها.

١٧ - تحليل دريل لصعوبة القراءة

Durrell Analysis of Reading Difficulty

إجراء مقنن لتشخيص صعوبات القراءة لدى الأطفال يتضمن السرعة والفهم في القراءة الجهرية والصامتة، والفهم بالإنصات، والتعرف على الكلمات، وتحليل الكلمات. والقائمة ذات قيمة للكشف عن أخطاء القراءة، كما تعطي معلومات إكلينيكية هامة (للسنوات الدراسية الست الأولى).

١٨ - بطارية اختبارات الاستعدادات العامة (جاتب)[٩]

General Aptitude Test Battery (GATB)

صممت للاستخدام في استشارات التوظف. تتضمن البطارية ١٢ اختباراً، وتستخدم إما أجهزة بسيطة أو ورقاً وقلماً. والدرجات لتسعة عوامل (الذكاء - الاستعداد اللفظي - الاستعداد العددي - الاستعداد المكاني - ادراك الشكل - الاستعداد الكتابي - التآزر الحركي - مهارة الأصابع - مهارة الأيدي) وقد أظهرت نماذج القدرة المهنية درجات فاصلة لكثير من المهن[١٠].

١٩ - اختبارات منسوتا الكتابي: Minnesota Clerical Test

يقيس الاختبار سرعة المفحوص ودقته في مقارنة أزواج الأسماء،

وأزواج الأعداد، ويمكن تطبيقه على الجماعات، وأظهرت الدراسات صدقاً معقولاً اعتماداً على تقديرات المشرفين المكتبيين ومدرسي المواد التجارية وكذلك الأداء الوظيفي. (للسنوات الدراسية من الثامنة حتى الثانية عشرة وللراشدين).

٢٠ - اختبارات متتابعة للتقدم الدراسي (ستب)

Sequential Tests of Educational Progress (STEP)

اختبارات جمعية لتحصيل القراءة، والكتابة، والرياضيات، والعلوم، والدراسات الاجتماعية، والإنصات، وجزء خاص بكتابة المقال. وتتعلق بنود الاختبارات بكثير من المهارات العقلية الموجودة في التقسيم الدراسي الموضوعي وهو مناسب للسنوات الدراسية من ٤ - ٦، ٧ - ٩، ١٠ - ١٢، ١٣ - ١٤.

الميول والقيم والاتجاهات

٢١ - اختبار كودر للتفضيل المهني[١١].

Kuder Preference Record-Vocational

شائع الاستخدام في البحوث والتطبيق العملي. وهو أسلوب يعتمد على الفحص الحاسم، ويبين درجات على الميول في أنواع النشاط التالية: الميكانيكية، الحسابية، العملية، إقناع الغير، الفنية، الأدبية، الموسيقية، الخدمة الاجتماعية، الكتابية، النشاط الخلوي. وهو اختبار جمعي ويناسب السنوات الدراسية من ٩ - ١٦ وللراشدين.

٢٢ - اختبار سترونج الميول المهنية للرجال[١٢]

Strong Vocational Interest Blank for Men

اختبار شائع الاستخدام. يقارن استجابات المفحوصين باستجابات الناجحين في عدد كبير من المهن. ويمكن استخدامه مع الجماعات. للأعمار من ١٧ سنة وما بعدها.

٢٣ - دراسة القيم (ألبورت - فرنون - ليندزي)[١٣]

Study of Values (Allport-Vernon-Lindzey)

اختبار يتطلب من المفحوص أن يفاضل بين أنشطة متعددة تمثل قيماً مختلفة. والقيم هي: النظرية، والاقتصادية، والجمالية، والجماعية، والسياسية والدينية، ويمكن تطبيقه جمعيًا. ويناسب السنة الدراسية ١٣ وما بعدها.

اختبارات الشخصية

٢٤ - اختبار بل للتوافق[١٤] Adjustment Inventory (Bell)

استخدم الاختبار في عدد كبير من البحوث المنشورة منذ عام ١٩٣٠ وصُمم الاختبار بوسائل التناسق الداخلي ليكشف عن التوافق في مجالات أربعة: التوافق المنزلي، والتوافق الصحي، والتوافق الاجتماعي، والتوافق الانفعالي. ويمكن استخدامه جمعيًا. وهو يناسب السنوات الدراسية من ٩ - ١٦ وللراشدين.

٢٥ - اختبار كاليفورنيا النفسي (اختبار الشخصية السوية)[١٥]

California Psychological Inventory

صُمم الاختبار لقياس سمات الشخصية السوية، ويتضمن ١٨ مقياساً مقسمة إلى أربعة أقسام: القسم الأول ويتضمن مقاييس السيطرة، القدرة على بلوغ المكانة الاجتماعية، الميل الاجتماعي، الحضور الاجتماعي، تقبل الذات، الشعور بالرضى النفسي والسعادة، والقسم الثاني يتضمن مقاييس المسئولية، المُجاراة والنضج الاجتماعي، ضبط الذات، التسامح، اظهار الذات في صورة مقبولة اجتماعياً، مجاراة النمط الاجتماعي الشائع (التشيع). والقسم الثالث يتضمن مقاييس إجادة الإنجاز، الاستقلال في الإنجاز، الكفاية العقلية. والقسم الرابع ويتضمن مقاييس العقلية السيكلوجية، المرونة، الأنوثة. ومجموع عبارات الاختبار ٤٨٠ عبارة وتتحدد الاستجابات في فئتي الموافقة وعدم الموافقة، وللاختبار معاملات صدق لكل مقياس على أساس محكات خارجية متعددة كما أن له معاملات ثبات مرتفعة بإعادة التطبيق. ويُطبق الاختبار جمعياً أو فردياً، ويناسب الأعمار من سن ١٣ سنة وما بعدها.

٢٦ - اختبار كاليفورنيا للشخصية (اختبار الشخصية للأطفال)[١٦]

California Test of Personality

منذ نشر الاختبار عام ١٩٣٩ وهو يستخدم في عدد كبير جداً من البحوث وقد جرت عليه بعض تعديلات عام ١٩٥٣. وهو أحد الاختبارات القليلة العدد للشخصية الملائمة للسنوات الدراسية الأولى. ويتضمن

الاختبار ١٢ مقياساً هي: اعتماد الطفل على نفسه، احساس الطفل بقيمته، شعور الطفل بحرية، شعور الطفل بالانتماء، التحرر من الميل للانفراد، الخلو من الأعراض العصابية، المستويات الأخلاقية الاجتماعية، المهارات الاجتماعية، التحرر من الميول المضادة للمجتمع، العلاقات في الأسرة، العلاقات في المدرسة أو المهنة، العلاقات في البيئة المحلية. والاختبار جمعي، ويطبق ابتداء من أطفال الرياض، وله معايير صدق (محكات خارجية) وثبات مرتفعة.

٢٧ - اختبار كورنل **Cornell Index**

تعديل مدني لاستفتاء عسكري للكشف السريع، ويتطلب من المفحوص أن يضع علامة «هل لديه أعراض نفسية مرضية متعددة؟» ويتضمن درجة واحدة فقط. ويمكن استخدامه للكشف العام في بدء المقابلة. (وفي مجال الإرشاد النفسي يشبه قائمة موني للمشكلات) للراشدين والجماعات.

٢٨ - قائمة إدواردز للتفضيل الشخصي[١٧]

Edwards Personal Preference Schedule (EPPS)

القائمة مصممة على أساس الفحص الحاسم لقياس ما يرغبه الفرد من التقدير الاجتماعي له. ويعطي الاختبار ١٥ درجة لما يقرره المفحوص عن حاجاته مثل التحصيل، تأمل الذات، السيطرة، لوم الذات، العدوان، ويمكن تطبيق القائمة جمعيًا، وتناسب القائمة طلاب الجامعات والراشدين.

٢٩ - اختبار منسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (اختبار الشخصية المتعدد الأوجه)[١٨]

Minnesota Multiphasic Personality Inventory

أكثر الاختبارات انتشاراً واستخداماً في البحوث والتطبيقات العملية في مجال الشخصية. وهو في الأصل يتضمن درجات لأربعة مقاييس للصدق (الاتجاه نحو تطبيق الاختبار) وتسعة مقاييس إكلينيكية مثل الاكتئاب، والهستيريا، والفصام. ويتضمن الاختبار الآن مقاييس أخرى متعددة مستمدة من بنوده الأصلية، ويطبق الاختبار جمعيًا وفردياً، للأعمار من ١٥ وما بعدها.

٣٠ - اختبار الشخصية(برنرويتر)[١٩]

Personality Inventory (Bernreuter)

اختبار قديم مثل اختبار بل للتوافق وما زال يستخدم في الكثير من الدراسات المنشورة. ويتضمن ست درجات: الميل العصابي، والاكتفاء الذاتي، والانطواء - الانبساط، والسيطرة - الخنوع، والثقة بالنفس، والمشاركة الاجتماعية. ويمكن استخدامه كاختبار جمعي، ويناسب السنوات الدراسية من ٩ - ١٦ وللراشدين.

٣١ - استفتاء العوامل الستة عشر للشخصية (١٦ ع ش كاتل)

Sixteen Personality Factor Questionnaire (16, PF, Cattel)

يعتمد على التحليل العاملي الشامل، ويتضمن درجات عن الذكاء و ١٥

عاملاً للشخصية مثل السيطرة، الثبات التقليدي، المحافظة (الراديكالية)، ويطبق جمعيًا أيضاً، للأعمار من ١٦ وما بعدها.

الأساليب الإسقاطية للشخصية

٣٢ - الصور المسودة: The Blacky Pictures

مجموعة من ١٢ من رسوم الورق المقوى صممت لتكشف الخبرة المتعلقة بالنمو النفسي الجنسي على أسس نظرية التحليل النفسي. ويمكن أن تطبق باستخدام أسئلة محددة أو بطريقة رواية قصة تلقائياً، للأعمار من الخامسة وما بعدها.

٣٣ - اختبار تفهم الموضوع للاطفال (كات)

Children's Apperception Test (CAT)

مجموعة من ١٠ رسوم عن الحيوان، وعلى المفحوص أن يقص عنها قصة. للأعمار من ٣ إلى ١٠ سنوات.

٣٤ - اختبار رسم - شخص (ماكوفر)

Drew-A-Person Test (Machover)

أسلوب عام بسيط يتطلب من المفحوص أن يرسم شخصاً، ثم يرسم شخصاً آخر من جنس مخالف للأول. ويعد اختبار جود إنف لرسم الرجل صورة متقدمة له. وما زال صدق تفسيراته عن الشخصية محل نظر. لكن

الاختبار شائع الاستخدام لأنه لا يستغرق وقتاً، وجاذب للاهتمام، ويطبق على الأطفال والراشدين.

٣٥- الأسلوب الإسقاطي للمنزل - الشجرة - الشخص[٢٠]

House-Tree – Person Projective Technique (H.T.P.)

يطلب من المفحوص رسم منزل ثم شجرة ثم شخص، ويسأل مجموعة من الأسئلة الإرشادية، وتتضمن كراسة التعليمات تصميماً كمياً. للأعمار من الخامسة وما بعدها.

٣٦- عمل قصة صورة (مابس)(Macke A Picture Story(MAPS

مجموعة من ٢٢ خلفية صورة يوضع أمامها العديد من الأشكال مصنوعة من ورق مقوى وعلى المفحوص أن يقص عن كل منها قصة، للأعمار من السادسة وما بعدها.

٣٧- اختبار الرورشاخ[٢١]Rorschach Test

أكثر الاختبارات الإكلينيكية انتشاراً واستخداماً في البحوث والتطبيق العملي. على المفحوص أن ينبىء عما يراه في عشر من بقع الحبر خلال فترة تداع حر، ثم يسأل الفاحص عن موضع ما أدركه المفحوص، وخصائص المدرك (اللون - الشكل - الخ) ما يوحي به المدرك. ويعد بروتوكول تصحيح وتفسير كلوبفر Klopfer هو الأكثر استخداماً ثم بروتوكول بيك Beck. وقد أجريت على الرورشاخ تعديلات وابتكارات

متعددة أكثرها تحديداً وضبطاً كمياً هي ما اجراه هولتزمان وزملاؤه Holtzman & et. al.، ويطبق الرورشاخ على الصغار والراشدين.

٣٨- دراسة روزنزفيج للإحباط بالصور

Rosenzweig Picture-Frustration

مجموعة من الصور - (ورق مقوى) تمثل مواقف إحباط بين شخصين ويستجيب لها المفحوص بأن يكتب ماذا ينبغي أن يقول الشخص المحبط. ويعتمد الاختبار على نظرية روزنزفيج، ويصحح على أساس اتجاه العدوان ونوع رد الفعل وللاختبار كمية كبيرة من البحوث. ويمكن استخدامه كاختبار جمعي. وتوجد صور للأطفال وأخرى للراشدين.

٣٩- اختبارات تكملة الجمل

Sentence Completion Tests

هذه مجموعة من الاختبارات وليست واحداً. ولها صور متعددة بعضها كثير الاستخدام مثل: Rhode 1957, Rotter & Rafferty, 1950: Foler, 1957 وعلى المفحوص أن يكمل جملة مذكوراً عنها بضعة كلمات مبدئية وتوجد بضع نظم تصحيح كمية، لكن التفسير انطباعي إلى حد كبير. ويمكن تطبيقها جمعياً لكبار الأطفال والراشدين.

٤٠- اختبار زوندي **Szondi Test**

يتكون من ست مجموعات بكل منها ثمان صور، وعلى المفحوص أن

يختار أحب صورتين من كل مجموعة لديه، واكثر صورتين كرها لديه. ويوصي بتكرار تطبيق الاختبار ست مرات. وتمثل الصور مرضى نفسيين. والأساس في نظرية زوندي هو أن اختيارات المفحوص تعكس ردود أفعاله للسمات التكوينية لصورة المريض. والاختبار قليل الصدق، لكن استخدام الاختيارات وتسجيل النتائج في بروفيلات وتكرار إجراء الاختبار كلها ابتكارات في الاختبارات الإسقاطية، ويناسب الاختبار للأعمار من الرابعة وما بعدها.

٤١ - اختبار تفهم الموضوع (تات)[1]

Thematic Apperception Test (TAT)

مجموعة من عشرين صورة (عادة يستخدم عدد أقل في العمل الإكلينيكي). وعلى المفحوص أن يحكي قصة لكل منها. وللاختبار نظم تصحيح منها ما اعتمد على نظرية إموراي: كالحاجة - الضغط، والتفسيرات انطباعية عادة. وقد نشرت بحوث متعددة للاختبار وأجريت دراسات صدق متعددة منها دراسة هنري وفارلي ,Henry & Farley 1959 . وقد كان هذا الاختبار مصدراً لكثير من الاختبارات الأخرى منها «الصور المسودة» و «كات» واختبار جمعي موضوعي هو «اختبار ترتيب الصور» Tomkins & Miner, 1957 ويطبق اختبار تفهم الموضوع على الصغار والراشدين.

٤٢ - اختبارات تداعي الكلمات

Word Association Test

هذه الاختبارات أسلوب عام مثل اختبارات تكملة الجمل، وفي وسع

المختص الإكلينيكي ان يضع مجموعة خاصة من الكلمات بنفسه. والإجراء بسيط للغاية وهو يتطلب من المفحوص أن يذكر أول كلمة تأتي إلى ذهنه عندما ينطق الفاحص الكلمة المثير. ويسجل الفاحص زمن الرجع وانفعالات المفحوص فضلاً عن استجابته اللفظية وأكثر قوائم الكلمات شيوعاً هي قائمة كنت - روزانوف Kent-Rosanoff فقد كانت لها معايير منذ عام ١٩١٠ وروجعت عام ١٩٥٢. ويطبق الاختبار على الأطفال والراشدين.

اختبارات متنوعة وأساليب بحوث

٤٣ - قائمة صفات Adjective Checklist

هذا أسلوب بسيط يتكون من قائمة من الصفات وعلى المفحوص أن يضع علامة عليها كوصف لذاته، أو كحكم يصف الآخرين. والنتائج ذات قيمة في أغراض التدريب وإجراء البحوث، ويمكن تحليل النتائج بأساليب متعددة كما يذكر جاف Gough, 1960.

٤٤ - جداول جيزل للنمو

Gesell Developmental Schedules

مجموعة من إجراءات الملاحظة تستخدم لتقويم نمو الصغار في مجالات أربعة: حركي، تكيفي، لغوي، سلوك شخصي - اجتماعي. وليست الجداول مقننة، وتطبق الجداول على الصغار من عمر ٤ أسابيع وحتى ست سنوات (يعد مقياس كاتل لذكاء الأطفال الصغار أكثر دقة).

٤٥ - مقياس التوافق بالمستشفى

Hospital Adjustment Scale (HAS)

مجموعة عبارات (٩٠ عبارة) تصف سلوك المرضى النفسيين بالمستشفى، والمقياس مصمم للإجابة عنه بمساعدة طبية نفسية، مثلاً ممرضة أو أي شخص آخر يعرف تفاصيل النشاط اليومي للمريض. وتدل الدرجات على التوافق في العلاقات الاجتماعية للشخص وأساليب الاتصال التي يستخدمها، والمسئولية الشخصية والاجتماعية والعمل والترفيه.. كما تصحح سمات الشخصية الشاملة والمتعارضة.

٤٦ - اختبار الفرز (كيو) Q Sort

يفرز المفحوص مجموعة كبيرة من العبارات (كلاً منها على بطاقة) في أكوام مرتباً إياها من أقلّ الخصائص إلى أكثر الخصائص انطباقاً عليه. في أغلب الأحيان أكوام البطاقات لها عدد محدود، ويقترب التوزيع من منحنى التوزيع الاعتدالي. وهو يستخدم أساساً لأغراض البحوث كوسيلة مقننة من وسائل وصف الشخصية.

٤٧ - اختبار سجل التكوين (كيلي)

Role Construct Repertory Test (Kelly

بعد أن يتذكر المفحوص أشخاصاً ذوي أهمية في حياته يبين المفحوص المتشابهات والمختلفات فيما بينهم بالمقارنة. ويوضح تحليل النتائج التكوينات الشخصية للمفحوص أو طرق تفكيره عن الآخرين وللاختبار صور فردية وجمعية.

٤٨ - تمييز معاني الكلمات (التمييز السيانتي)

Semantic Differential

صمم هذا الأسلوب وطوره أوزجود وزملاؤه .Osgood, et. al للبحث في علم نفس مضامين المعاني. ويتطلب من المفحوص أن يرتب شيئاً أو مفهوماً مثل «أم» أو «جنس» على مقاييس ترتيب متعددة. ويمكن مقارنة هذه المفاهيم المختلفة على أساس اقتراب مضمون معناها أو ابتعاده. وقد ظهرت ثلاثة عوامل ترتيب أساسية هي: التقويم، القدرة، والنشاط.

٤٩ - قياس العلاقات الاجتماعية Sociometry

أسلوب عام يعتمد الإجراء فيه على تحديد علاقات الأفراد في مجموعة على أساس تفضيلهم لبعضهم.

٥٠ - مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي

Vineland Social Maturity Scale

يُجرى المقياس باستخدام تقارير مصدر المعلومات، ويقابل المختص الإكلينيكي الحالة لدراسة السلوك الملاحظ لدى المريض أو العميل في مجالات: الحركة، والتواصل اللغوي، والإدراك الاجتماعي، والمهن. وتُسجل النتائج وتصحح لقياس الكفاءة الاجتماعية على أساس مستويات الأعمار. ويفيد المقياس بصفة خاصة في تقويم الضعف العقلي، ويلائم الأعمار من الميلاد حتى الرشد*

حواشي الملحق

(*) أنظر Sundberg, N.D. & Tyler, L.E.: Clinical Psychology, New York, Appleton; Century. Crofts, 1962.

(١) أعد في مصر والكويت عدة مرات وأعدت له معايير مختلفة منها ما قام به د. محمد رأفت نسيم، و د. مصطفى فهمي.

(٢) أعده بالعربية في الكويت د. عطية محمود هنا.

(٣) استخدم في مصر عدة مرات وأعدت له معايير مختلفة منها ما قام به د. أحمد زكي صالح، د. عطية محمود هنا.

(٤) أعده بالعربية د. محمد عبد السلام أحمد، د. لويس كامل مليكة (مراجعة ١٩٣٧). وقد سبقها الأستاذ اسماعيل القباني ومساعدوه على المراجعة القديمة ١٩١٦.

(٥) أعد بالعربية د. لويس كامل مليكة و د. محمد عماد الدين اسماعيل.

(٦) أعده بالعربية د. لويس كامل مليكة و د. محمد عماد اسماعيل.

(٧) أعدها بالعربية د. محمد سامي هنا.

(٨) أعدها بالعربية د. محمد سامي هنا. (؟)

(٩) أعد عدة مرات (د. أحمد زكي صالح، د. عطية هنا) واستخدم في بحوث متعددة.

(١٠) أعدته بالعربية لجنة من المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.(؟)

(١١) أعده بالعربية د. أحمد زكي صالح.

(١٢) أعده بالعربية د. عطية محمود هنا.

(١٣) أعده بالعربية د. عطية محمود هنا للبيئة المصرية وأعدته السيدة صبرية عبد الرحيم تحت إشرافه للبيئة الكويتية. واستخدم في بحثها للماجستير عن القيم عند طلبة جامعة الكويت.

(١٤) أعده بالعربية د. محمد عثمان نجاتي.

(١٥) أعده بالعربية د. عطية محمود هنا و د. محمد سامي هنا.

(١٦) أعده بالعربية د. عطية محمود هنا.

(١٧) أعده بالعربية د. جابر عبد الحميد جابر.

(١٨) أعده بالعربية د. عطية محمود هنا، د. لويس كامل مليكة، د. محمد عماد الدين اسماعيل.

(١٩) أعده بالعربية د. محمد عثمان نجاتي.

(٢٠) أعده بالعربية د. لويس كامل مليكة.

(٢١) أعد بالعربية عدة مرات منها ما قام به د. سعد جلال، و د. سيد محمد غنيم، و د. هدى برادة وغيرهم.

(٢٢) أعده بالعربية د. محمد عثمان نجاتي، وأنور وجدي كما أعد د. عبد العزيز سلامه استمارة بلال لتسجيل الاستجابات.

(*) د. عطية محمود هنا، د. محمد سامي هنا: علم النفس الإكلينيكي/١٩٧٦/دار النهضة العربية الطبعة الثانية: ص (٥٨٢ - ٥٩٩).

BIBLIOGRAPHY

1- Abt, L.E., Progress in Clinical Psychology: A Transactional Approach. In: D. Brouwer & L.F. Abt (eds), Progress in Clinical Psychology, Vol. II. New York, Grune & Stratton, 1956.

2- Alt, W.D. & Thompson, G.M., The Rorschach As A Measure of Intelligence, J. Consult. Psychol., Vol. 63, pp 341-347, 1949.

3- Anastasi, A. Psychological Testing, New York, Macmillan. 1967.

4- Ash, P., The Reliability of Psychiatric Diagnosis, J. Abnorm. Soc. Psychol., Vol. 44, pp. 372-376, 1949.

5- Ackerkrecht, E.H., 1959, A Short History of Psychiatry New York-Hofner Pub Co.

6- Ackner, B., 1954, J. Ment. Sci., 100, 838.

7- Arieti, S., 1959, American Handbook of Psychiatry. New York-Basic Books Inc.

8- Ames L.B. & Others, Child Rorschach resporses, Paul B. Haeber, inc, New York 1957.

9- Adler, A. The Neurotic Constitution. New York, 1947.

10– Adler, A: The Practice and Theory of Individual Psychology. New York: Harcourt, Brace & World Inc., 1929.

11– Aichhorn, Wayward Youth. New York: The Viking Press Inc., 1935.

12– Alexander, E. & Healy, W. «The Roots of Crime» In Psychoanalytic Studies. New York: Alfred A. Knopf Inc., 1935.

13– Alexander, F. «Fundamental Concepts of Psychosomatic Research.» In Psychosomatic Medicine. V. 1943, pp 205-210.

14– Alexander: Psychosomatic Medicine. New York: W.W. Norton & Company Inc., 1950.

15– Andrews, G. & Harris, M. «The Syndrome of Stuttering» Little Club Clinics. No. 17, in Devel. Child Neurol The Spastics Society & William Heinemann, 1964.

16– Atkinson, J.W. An Introduction to Motivation. Princeton, New Jersey: Van Nostrand, 1956.

17– Ausubel, D.P. Ego Development and the Personality Disorders. New York: Grune and Straton, 1952.

18– Basowitz, H., Persky, H., Sheldon, G. K. & Grinker, R.R. Anxiety and Stress. New York: Mc Graw-Hill Book CO., 1955.

19– Bellak L, Tat and Cat in Clinical Use, Grune & Stratton, New York 1952.

20– Bellak L., On the Problems of the Concept of Projection.

21– Bellak L, & Abt, Projective Psychology, Grove Press Inc, New York 1959.

22 – Brad, P. & Mountcastle, V.B. «Some Forebrain Mechanisms Involved in the Expression of Rage and Fear.» Res. Publ. Ass. Nerv. Ment. Dis., 1947, 27, 362-404.

23 – Burt, C. The Young Delinquent. London: University of London Press, 1944.

24 – Buss, H. Ronald. Psychopathology. New York: John Wiley & Sond Inc., 1966.

25 – Baker, L.M. & Grsager, J.A., Rating Scale Technique Applied to Rorschach Responses, J. Clin. Psychol., Vol. 10, pp. 373-375, 1954.

26 – Bateson, G, et Al., Toward a Theory of Schizophrenia. Behav. Sci, Vol. 1, pp. 251-264, 1956.

27 – Bender, L., Instructions for the Use of Visual Motor Gestalt Test, New York, Amer. Onthopsychiat, Ass., 1946.

28 – Berenson, B.G. et Al., A Checklist for Recording Test Taking Behavior, J. Counsel. Vol. 7, pp 116-119, 1960.

29 – Berg. I.A, Response Bias and Personality, The Deviation Hypothesis, J. Counsel. Psychol. Vol. 5. pp 130-135, 1958.

30 – Berg, I.A., The Unimportence of Test Item Contents, Inc., Bass, B.M. & Berg, I.A (eds) Objective Approaches to Personality. Assesment, New Jersey, Princeton 1959.

31 – Bisch. L.E., Clinical Psychology, Baltimor, Williams & Willkins, 1925.

32 – Bartlett, F.C., 1932, Remembering. Cambridge University Press.

33 – Best, J.B., 1963, Study of Remembering in Palnarians. Scientific American.

34 – Blum, M.L. & Naylor, J.C. Industrial Psychology. Rev. ed. New York: Harper & Row, 1968.

35 – Bossard, I.H. The Sociology of Child Development. New York: Harper & Brothers, 1948.

36 – Bowlby, John, Personality and Mental Illness. An Essay in Psychiatric. New York: Emerson Book, Inc., 1942.

37 – Bowlby: Child Care and the Growth of Love. Pelikan Books, 1964.

38 – Benjamin Spock: Baby & Child Care. New Englishlibrary, 1971.

39 – Bennett, Margaret E. Guidance in Groups. New Yok: McGraw-Hill Book CO., 1955.

40 – Bennett, I. Delinquent and Neurotic Children. A Comparative Study. London: Taristock Publications, 1959.

41 – Binger, C.A., Ackerman, W., Cohen, A.E., Shoeder, H.A. & Steele, J.M. Personality in Arterial Hypertension. Psychosomatic Medicine Monographs, VIII, 1945.

42 – Bloodstein, O. «Conditions Under Which Stuttering is Reduced or Absent: A Review of the Literature.» J. of Speech Disorders 14, 295, 1949; 15, 29, 1950.

43 – Bloodstein «The Development of Stuttering. Changes in Nine Basic Features.» J. of Speech Disorders 25, 219, 1960, A.

44 – Berg (Charles), Clinical Psychology, Allen & Unwin, London, 1948.

45 – Bluemel, C.S., War Politics & Insanity, Denver, World Press, 1948.

46 – Brown (J.F.) & Menninger (Karl A.), The Psychodynamics of Abnormal Behavior, McGraw-Hill Co., 1st Indian Reprint, 1969.

47 – Brown (William) Psychological Methods of Healing, London 1938.

48 – Bursten, B., Psychosis Associated with Thyrotoxicosis, Arch. Gen. Psychiat., 4, 1961.

49 – Burtt (Harold Ernest), Applied Psychology, Prentice Hall Inc., N.Y., 2nd ed., 1957.

50 – Bischof, L.J., Interpreting Personality Theories, New York, Harper & Row, 1964.

51 – Brophy, J.J., Psychiatric Disorders, In; Krupp., M.A. & Chatton, M.J. (eds), Current Medical Diagnosis & Treatment, California, Lange Medical Publications 1964.

52 – Brotemarkle, R.A., Clinical Psychology, Pensylvania Univer, of Penn., Press, 1937.

53 – Buros, O.K. (ed), The 1940 Mental Measurement. Year Book, New Jersey, Ment. Measure Year Book, 1941.

54 – Buros, O.K. (Ed); «The Third Mental Measurements Year Book,» Rutgers Univer. Press, 1949.

55 – Cameron, N. The Psychology of Behavior Disorders. A

Bio-Social Interpretation. Boston: Houghton & Mifflin Company, 1947.

56 – Cannon, W.B. Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage. 2nd ed. New York: Appleton-Century-Croft, 1929.

57 – Cattel, R.B. Description and Measurement of Personality. London: George Y. Harrap & Co. Ltd., 1946.

58 – Cattel: Personality. 1st ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1950.

59 – Cattel: «Anxiety and Motivation: Theory and Crucial Experiment. In Spielberger (Ed.) Anxiety and Behavior. New York: Academic Press, 1966.

60 – Carr Saunders, A.M. Young Offenders. London: University Press, 1942.

61 – Clark, D.S. Psychiatry Today. Pelikan Books, 1954.

62 – Clifford, T. Morgan & Eliot Stellar. Physiological Psychology. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company.

63 – Crow, L.D. & Crow, A. Mental Hygiene. New York: McGraw-Hill Book Company, 1951.

64 – Cohen, J.C. 1966, A New Introduction to Psychology. George Allen & Urwin Ltd., London.

65 – Cattell (Raymond) & Scheier (Ivan H.), Meaning & Measurement of Neuroticism & Anxiety, Ronald Press Co., N.Y., 1961.

66 – Cleckley H., The Mask of Sanity, Mosby, St. Louis, 1941.

67 – Coleman (James C.), Abnormal Psychology & Modern Life, 3rd ed., 2nd Ind. Repr. 1970.

68 – Coville, Costello & Rouke, Abnormal Psychology, Barnes & Noble, N.Y., 1963.

69 – Cronbach, L.J., «Essential of Psychological Testing» New York, Harper & Row, 1960.

70 – Cronbach, L.J. & Gleser, G.C. «Psychological Tests & Personal Decisions,» Urlano, Univer. & Illinois Press, 1957.

71 – Couch, A. & Kenisten. K. Yes Sayers and No Sayers, Agreeing Responses Set as Personality Variable,» J. Abnorm. Social. Psychol. 60, pp. 151-1960.

72 – Davis, Allison. Social Class Influence Upon Learning. Cambridge: Harvard University Press, 1975.

73 – Deutch, A. Our Rejected Children. Boston: Little, Brown & Company, 1952.

74 – Deutch, Helen. Psychoanalysis of the Neuroses. New York: The Hogarth, 1932.

75 – Dollard, J. & Miller, N.E. Personality and Psychotherapy.

76 – Dollard, J. et. Al. Frustration and Aggression. London: Kegan Paul Inc., 1954.

77 – Dubar, H.F. Psychosomatic Diagnosis. New York. Paul B. Hoeber Inc., 1943.

78 – Deutsch (Helen), Psychoanalysis of the Neuroses, Hogarth, Lond., 1932.

79 – Defay, Pichot, P. et Perse, J., «Methods of Psychometriques on Clinique: Tests Mentaux et Interpretation, Paris, Libraries de l'Academie de Médecine, 1945.

80 – Eysenck, H.J. Dimensions of Personality. London: Rout-ledge, 1947.

81 – Eysenck, H.J. 1960 Behaviour Therapy and the Neurosis, London-Pergamon Press Ltd.

82 – Eysenck 1961 Handbook of Abnormal psychology. Basic Books Inc., New York.

83 – Eysenck 1962 Uses & Abuses of Psychology. Penguin Books Ltd. Middlesex.

84 – Eigler (et Al.), Bacterial Menningitis, I General Review (294 Cases), Proceedings Staff Meeting Mayo Clinic, 1961.

85 – Eysenk, H.J., Classification & The Problem of Diagnosis, Chap. I, in: Eysenck (ed.), Handbook of Abn. Psychol.

86 – Eysenck, H.J., (ed., Handbook of Abnormal Psychology, Basic Books Inc., N.Y., 1961.

87 – Edward, A.L., «Social Desirability Variable in Personality Research», New York, Dryden, 1957.

88 – Edwards, A.L. «Social Desirability and Personality Test Construct», in Bass, Bass.

89 – Eishler, R.M., «A Comparison of the Rorschach and Behn-Rorschach InkblotTests», J. Consult. Psychol., Vol 15. pp. 185-189, 1951.

90 – English, H.B. & English. A.G. «A Comprehensive

Dictionary of Psychological & Psychoanalytical Terms», New York, David Mckay Co., Inco., 1958.

91 - Eysenck, H.J. «Dimensions of Personality» London Kegan Paul, 1947.

92 - Fish, F.J. 1962. Schizophrenia. Bristol. John Wright & Sons Ltd.

93 - Freedman, A.M. and Kaplan, H.I. 1967 Comprehensive Textbook of Psychiatry. The Williams & Wilhins Co., Baltimore.

94 - Fenichel, O. The Psychoanalytic Theory of Neuroses. London Routledge & Kegan, 1955.

95 - Forest, Isle. Child Development. New York: McGraw-Hill Book Co., 1946.

96 - Fredlander, Kate. «The Formation of Emotional Character.» In the Psychonalytic Study of the Child. Vol. I, 1945.

97 - Freud, S. The Problem of Anexiety. New York: W.W. Norton Co; 1936.

98 - Freud, S: A General Introduction to Psychoanalysis. New York: Garden City Publishing Company, 1943.

99 - Freud Anna, Hoffer, W. & Glover, E. The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. I, London: Imago Publishing Co. Ltd., 1945.

100 - Fromn, E. Escape From Freedom. New York: Rinehart & Co., 1941.

101 - Fetterman, J.L., Practical Lessons in Psychiatry. Charles, Springfield, 1949.

102 - Freud (Sigmund), The Origins of Psychoanalysis, Letters to Wilhelm Fliess, Drafts & Notes 1881-1902, edited by Marie Bonaparte, translated by Eric Mosbacher, James Stranchy, Anna Freud & Ernst Kris, Basic Books Inc., N.Y. 1954.

103 - Freud, S. Wit & its Relation to the Unconscious.

104 - Freud, S., Three Contributions to the Theory of Sex.

105 - Freud, S., Totem & Taboo.

106 - Freud, S., The Interpretation of Dreams.

107 - Freud, S., Psychopathology of Everyday Life.

108 - Freud, S., The History of Psychoanalytic Movement, All Published by the Modern Library, N.Y., 1938.

109 - Ford, M., «The Application of Rorschach Test to Young Children, Minneapolis, Univ. of Minnesotas 1946.

110 - Fraisse, P. «Manuel Pratique de la Psychologie Experimentale»,Paris, P.U.F., 1956.

111 - Freeman, F., S., Theory and Practice of Psychological Testing, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1962.

112 - Greene, J.S. «Interview Group Psychotherapy for Speech Disorders.» In Slavson, S.R. (Ed.) The Practice of Group Therapy. London: The Pushkin Press, 1947.

113 - Georges, H.S. «Dysfluency and Stuttering.» In the Pediatric Clinics of North America, Vol. 15, No. 3, August, 1968.

114 - Gesell, A. & Others. The First Five Years of Life. New York: Harper, 1940.

115 – Glimer, B. Von Haller, Industrial Psychology. London: McGraw-Hill Book Company Inc., 1966.

116 – Goddard, H.H. «Problems of Personality.» In Library of Psychoanalysis. New York, 1925.

117 – Goldstein, E. The Organism. New York: American Book Co., 1959.

118 – Greene, J.S. «Interview Group Psychotherapy for Speech Disorders.» In Slavson, S.R. (Ed.) The Practice of Group Therapy. London: The Pushkin Press, 1947.

119 – Grinker, R.R. & Robbins, F.P. Psychosomatic Case Book. New York: McGraw-Hill Book Co., 1954.

120 – Guilford, J.P. Psychometric Methods. New York: McGraw-Hill Book Company, 1936.

121 – Guilford, J.P: Personality. New York: McGraw-Hill Book Co., 1959.

122 – Cronbach L. Essentials of Psychological Testing, Harper, & Brothers, New York 1960.

123 – Deutsch F. & Murphy W., Clinical Interview, International Universities Press, Inc, New York 1961.

124 – Ferguson L., Personality Measurement. McGraw Hill Book Company, New York, 1952.

125 – Garfeild, Introductory Clinical Psychology, The Macmillan, New York, 1957.

126 – Guilford J.P., Psychometric Methods, McGraw Hill Book Company, New York 1959.

127 – Gjessing, K. 1932-35 Contributions to the Pathophysiology of Periodic Catatonia. Arch. Psychiat. Nervenker. 96, 191.

128 – Garfield, S.L. «Introductory Clinical Psychology,» New York, Macmillan Co., 1957.

129 – Goldstein, K. «Appraising the Schizophrenic With Psychology Instruments in Bock & Walish (Eds) Reflexes to Intelligence, Gloncoe, Illinois, Free Press Pule., 1959.

130 – Goldstein, K. & Scheorer; M. «Abstract and Concrete Behavior, An Experimental Study with Special Tests, Psychol. Monographs, Vol 53, No. 2, 1941.

131 – Cough, H.G., California Psychological Inventory, Polo Alto, California, Consulting Psychologists Press, Inco., 1969.

132 – Itadley, J.M., «Clinical and Counseling Psychology,» New York, Knopf, 1953.

133 – Hadley J., Clinical and Counseling Psychology, Alfred Knopf, New York 1958.

134 – Henry W.E., The Analysis of Fantasy, John Wily & Sons Inc, New York 1956.

135 – Hadley, J.M. Clinical and Counseling Psychology. New York: Alfred A. Knopf, 1961.

136 – Hanman, M. & Kaplan, A.M. The Practice of Psychotherapy with Children. Homewood: The Dorsey Press 1967.

137 – Harrell, Thomas W. Industrial Psychology. Rev. ed. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1965.

138 – Harry, Bakwin (Ed.) «Developmental Disorders of Motility and Language.» Pediatric Clinics of North America. Vol. 15, No. 3, August 1968.

139 – Heide, C. «A Study of Mechanisms of Two Cases of Peptic Ulcer.» In Alexander: Psychosomatic Medicine. New York: W.W. Norton & Company Inc., 1950.

140 – Hilgard, E.R. & Marquis, D.M. Conditioning and Learning. London: Methuen & Co. Ltd., 1961.

141 – Horney, K. New Ways in Psychoanalysis. New York: W.W. Norton, 1939.

142 – Horney, K. Our Inner Conflicts. London: Broadway House, 1946.

143 – Horney, K: Neuroses and Human Growth. The Struggle Towards Self Realization. New York: W.W. Norton & Company, 1950.

144 – Horney: The Neurotic Personality of Our Time. New York: Kegan Paul & Co. Ltd., 1963.

145 – Heath, R.G. & Krupp, I.M. 1967 Arch. J. Psych. Vol. 16, No. 1.

146 – Hetherington, R.R. & Miller, D.H. 1964 Introduction to Psychology for Medical Students. William Heinemann Medical Books Ltd., London.

147 – Hinton, J.M. 1962 Proc. Roy. Soc. Med. 55: 907-910.

148 – Hill, D. & Barr, G. 1963 Electroencephalography (2nd. Ed.) Macdonald & Co. Ltd., London.

149 - Hunter, I.M.L. 1957 Memory; Facts & Fallacies. Pelican, London.

150 - Hadfield Psychology & Mental Health, Lond., 1938.

151 - Hepner, H.W., Psychology Applied to Life & Work, 3rd. ed., Prentice Hall Inc., N.Y., 1961.

152 - Hinsie (Leland E., & Campbell (Robert J.), Psychiatric Dictionary, 3rd ed., Oxford University Press, N.Y., 1960.

153 - Henderson & Gillespie, A Textbook of Psychiatry, 5th ed., Oxford Univ. Press, Lond., 1940.

154 - Hana, Atia M., Work Values in Relations to Age, Intelligence, Socio-Economic Level & Occupational Interest Level. Unpublished Doctoral Dissertation Teachers College, Columbia. 1954.

155 - Hanf Mann, E. & Kasanin, J.S. «Eight Keys to Schizorphenic Thinking, in, Bebk & Malish (Eds); Glencoe Illinois, The Free Press Pub., 1959.

156 - Harrower, M., The Practice of Clinical Psychology, Spring Field, Ill., Thomas.

157 - Harrower, M.R. & Steiner, M.E., Psychodiagnostic Inkpots, New York, Grune & Stratton, 1945.

158 - Harrower - Erickson, U.R. & Stenier, M.E; Large Scale Rorschach Technique; A Manual For the Group Rorschach and Multiple Choice Test, Spring Field, I.U., Thomas, 1945.

159 - Hathaway, S.R. & Mckinley, J.C., Minnesota Multiphasic Personality Inventory, New York, Psychological

Corporation, 1943.

160 – Holtzman, W.H., Thorpe. J.S., Swartz, J.D. & Herron, E.W., Inkplot Perception Personality, Austin, Univer. of Texas Press, 1961.

161 – Holzberg, J.D. & Wexler, M., Predictabilty of Schizophrenic Performance on the Rorschach Test, J. Consult. Psychol., Vol. 14, pp. 395-399, 1950.

162 – Hunt, Mc. V. Personality and Behavior Disorders. New York The Ronald Press Company, 1944.

163 – Hurlock, E. Developmental Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, 1959.

164 – Hurlock, E: Child Psychology. New York: McGraw-Hill Book Cop. 1959.

165 – Ingram, T.T.S. «Speech Disorders in Childhood,» In Pediatric Clinics of North America, Vol. 15, No. 3, August 1968.

166 – Ismail, Emad-Edin. «Relationship Between the Parent's Socio-Economic Level and Their Aspiration Regarding Their Children's Future.» A Paper Accepted for Reading at the XVII International Congress of Psychology in Washington, 1963.

167 – Johns E., The Concept of Normal Mind, in Papers on Psychoanalysis, Bailliere Tindall and Cox, London 1948.

168 – Jennett (W. Bryan). Epilepsy after Blunt Head Injuries, W. Heineman Medical Books, Lond., 1962.

169 – Jensen A.R., The Reliability of Projective Techniques:

Review of the Literature, Acta Psychol., Vol., 16, pp. 108-136, 1959.

170 – Jesness: Jesness Personality Inventory.

171 – Jourard, S.M., Self Disclosure and Other Cathexis, J. Abnorm. Social Psychol. Vol 59, pp. 423-431, 1959.

172 – Jameson, A.M. «Stammering in Children, Some Factors in Prognosis,» Speech. 19: 60, 1955.

173 – Jersild, A.T. Child Psychology. New York: Prentice Hall, 1960.

174 – Johnson, N.W. The Onset of Stuttering. Minneapolis, Minnesota Press, 1959.

175 – Kahn and Gannel, The Dynamics of Interviewing, John Wiley & Sons, New York 1960.

176 – Kubie L.S., The Fundamental nature of the Distinction Between Normality and Neurosis, The Psychoanalytic Quartarly, Vol. 23. 1954.

177 – Kretschmer, E., 1936, Physique & Character. 2nd. Ed. revised Miller. London. 110, 200, 234.

178 – Kalinowsky. L.B. & Hoch, P., 1961, Somatic Treatment in Psychiatry. Grune & Stratton Inc.-New York.

179 – Kallmann, F.J., 1938, The Genetics of Schizophrenia New York, J.J. Augustin.

180 – Krech, D. & Crutchfield, R. Elements of Psychology. New York: Alfred A. Knopf, 1965.

181 – Kornhauser, A. & Reid, Otto M. Mental Health of the

Industrial Worker. New York: John Wiley & Sons Inc., 1965.

182 – Kubie, L. «The Fundamental Nature of the Distinction Between Normality and Neurosis.» The Psychoanalytic Quarterly. Vol. 23, 1954.

183 – Khavin & Nikolayev, Diseases of the Thyroid Gland, Peace Publishers, Moscow, 1962.

184 – Kolb, (Lawrence C.), Noye's Modern Clinical Psychiatry, 7th ed., Oxford & Ibh Publ. Co., Culcutta, Bombay & New Delhi, 1968.

185 – Kelly, E.L. & Fiske, D.W; The Prediction of Per-formence in Clinical Psychology, An Arbor: Univer of Michigan Press, 1951.

186 – Kelly, G.A; A Method of Diagnosing Personality in the Psychological Clinic, Psychol Rec, Vol. 2 pp. 95-111, 1938.

187 – Kempf E.J.; Psychopathology, St. Louis, Mosby, 1921.

188 – Kinsey, A.C.; Pomeroy, W.B. & Martin, C.E.; Sexual Behavior in Human Male, Philadelephia, Sanders, 1948.

189 – Kinsey, A.C., & Gebhart, P.H., Sexual Behavior in Human Female, Philadelphia, Sanders, 1953.

190 – Krugman, J.I.; A Clinical Validation of the Rorschach with Problem Children, Rorschach Research Exchange, Vol. 6, pp 61-70, 1942.

191 – Laffal, J.; Pathological & Normal Language, New York Atherton Press, 1965.

192 – Landis, C. Et. Ol.; Sex in Development, New York, Hoeber, 1940.

193 – Laughlin, H.P.; The Neurosis in Clinical Practice, Philadelphia, Sannders Co., 1956.

194 – Lindzay, G.; On the Classification of Projective Thechniques, Psychol. Bull., 1959 Vol. 56. --. 156-158.

195 – Landis, Paul, H. Adolescence and Youth, the Process of Maturing, London McGraw-Hill Book Company Inc., 1952.

196 – Leland, E. Glover How to Give Your Child a Good Start in Life. A Coiler Books Original 1962.

197 – Lewis, Helda. Deprived Children. The Muffled Foundation, London: Oxford University Press, 1955.

198 – London (Perry) & Rosenhan (David), Foundations of Abnormal Psychology, Holt, Rinehart & Winston, N.Y., 1968.

199 – Mayer-Gross, W. Et Al. 1960, Clinical Psychiatry. 2nd Ed. Cassel & Co. Ltd., p. 8.

200 – Mcdonald Critchley, 1953, The Parietal Lobes. Arnold, London.

201 – Mclean, P.D., 1955, The Limbic System & The Emotional Behaviour. Arch. Neurol. & Psychiat. 73. 130-134.

202 – Morgan, C.T., 1955, Physiological Psychology (3rd. Ed.) McGraw-Hill Book Co., New York.

203 – Morozov, G. & Romasenko, V. 1965, Neuropathology and Psychiatry. (Trans. Myshne, D.) Peace Publishers, Moscow.

204 – Mowbray, R.M. & Ferguson Roger, T., 1967, Psychology in Relation to Medicine (2nd. Ed.) E & S. Livingstone Ltd., Edinburgh & London.

205 - Munn, F.L., 1961, Psychology, the Fundamentals of Human Adjustment (4th. Ed.) George G. Harrap. & Co. Ltd., London.

206 - Murray H.A., Thematic Apperception Test, Manual, 1943.

207 - Martin, R.M, Self-Evaluation in Schizophrenics and Neurotics, Purdue Univer. Unpublished M.S. Thesis, 1951.

208 - Masling, J.; The Effects Warm and Cold Interaction on the Administration and Scoring of an Intelligence Test, J. Consult; Psychol., Vol. 23, pp. 336-341, 1957.

209 - Murray, H.A. (Ed.), Exploration in Personality, New York, Oxford Univer. Press, 1938.

210 - Maslow, A.H. & Mittleman (Béla), Principles of Abnormal Psychology, Harper & Bros, N.Y. & Lond., 1941.

211 - Menninger (Karl), The Human Mind., Knopf, N.Y., 1946.

212 - Morozov & Romanesko., Nervous & Psychic Diseases, Eng. Transl. by David Mishne, Mir Publications, Moscow, 1968.

213 - Muncie (Wendel), Psychobiology & Psychiatry, Mosby, St. Louis, 1939.

214 - Munn (Norman L.), Introduction to Psychology, 2nd Ind. Repr., Oxford & Ibh Publ. Co., 1969.

215 - Maher, Brendan, A. Principles of Psychopathology. New York: McGraw-Hill Book Company, 1966.

216 - Maier, N.R. Frustration. New York: McGraw-Hill Book Company, 1944.

217 – May, Rollo. The Meaning of Anxiety. New York: Bolan Press, 1959.

218 – McKinney, F. The Psychology of Personal Adjustment. 3rd. ed. New York: John Wiley & Sons, inc., 1960.

219 – Merrill, M.A. Problems of Child Delinquency. Boston: Houghton Mifflin Co., 1947.

220 – Metraux, R. «Speech Profiles of the Preschool Child (18-54 Months). J. of Speech Disorders, 15: 37, 1950.

221 – Miller, M.E. & Dollard, J. Social Learning and Imitation. New York: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co. Lt., 1945.

222 – Milton, L.B. & James, C.N. Industrial Psychology: Its People. New York: Longmans, Green & Co., 1953 Theoretical and Social Foundations. New York: Harper & Row, 1968.

223 – Morgan, C.T. & Stellar, E. Physiological Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company Inc., 1950.

224 – Morgan. J.J.B. & Lovell, G.D. The Psychology of Abnormal People. New York: Longmans, Green & Co., 1953.

225 – Mowrer, O.H. Learning Theory and Personality Dynamics. New York: The Ronald Press Company, 1950.

226 – Mowrer: Psychotherapy, Theory and Research. New York: The Ronald Press Company, 1953.

227 – Munroe, R.L. Schools of Psychoanalytic Thought. 3rd. Printing. New York: The Dryden Press, 1956.

228 – Mussen, P.H., Conger, J.J. & Kagan, J. Child

Development and Personality. 2nd ed. New York: Harpe & Row, 1963.

229 – Murpy, Gardner. Historical Introduction to Modern Psychology. Rev. ed. London: Routledge & Kegan, 1949.

230 – Newman, S.H., Bobbitt, J.M. & Cameron, D.C., The Reliability of Interviewing Method in an Officer Candidate Evaluation Program, Amer. Psychologist, Vol. 1, pp. 103-109. 1946.

231 – Office of Strategie Service Staff; Assessment of men, New York, Rinehart, 1948.

232 – Okasha, A., 1967, Essentials of Psychiatry. Arab Writer, Cairo.

233 – Okasha, & Naby, S., 1964, 17 Ketosteroids & 17 Ketogenic Steroids in Schizophrenia. E.J. Neurol-Psychiat, Neurosurg. Vol, V. No. 1 & 2.

234 – Orme. J.E., Introduction to Abnormal Psychology, Methuen & Co., Lond., 1971.

235 – Okasha, A., 1968, Essentials & Psychology. Anglo. Egyptian Bookshop.

236 – Oswald, I: 1962, Sleeping & Waking. Elsevier, New Yord. 1964, Sleep. Pelican Books, London.

237 – Okasha, A. Essentials of Psychiatry. The Arab Writer Printing. Cairo, 1967.

238 – Pennington L.A. & Berg I., An Introduction to Clinical Psychology. The Ronald Press Compony. New York 1954.

239 – Pavlov, I.P., 1955, Selected Works, Foreign Languages Publishing House Moscow.

240 – Page, James D. Abnormal Psychology. New York: McGraw-Hill Book Company, 1947.

241 – Pavlov, I.P. Conditioned Reflexes. London: Oxford University Press. 1927.

242 – Pikunas, J. & Albrecht, E.J. Psychology of Human Development. (London), Book Company Inc. McGraw-Hill, 1961.

243 – Payne, R.W.; Gognitive Abnormalities, In Eysenck, H.J., (Ed); Handbook of Abnormal Psychology, New York, Basic Book, Inc., 1961.

244 – Payne, R.W. & Hewlett, J.H.B., Thought Disorders In Psychotic Patient In: Eysenck, H.J. (Ed.), Experiments in Personality, London, Routledge & Pauly, 1960.

245 – Pepivski, H.B. & Pepivski, P.O., Counseling Theory & Practice, New York, Ronald Press Co., 1954.

246 – Pinneau, S.R., Changes In Intelligence Quotient Infancy to Maturing, Boston, Houghton Mifflin, 1961.

247 – Polansky, N. & Kounin, J, Clients, Reactions to Initial Interviews: A Field Study, Human Relat., Vol. g pp. 239-265, 1956.

248 – Popo, B & Scott. W.H, Psychological Diagnosis In Clinical Practice, New York, Oxford Univer Press. 1967.

249 – Philips (Leslie). A Social View of Psychopathology, Chap. 12 in: London & Rosenhan (eds.), Which See.

250 – Portnov & Fedetov, Psychiatry, Mir Publications, Moscow, 1969.

251 – Rogers C.R., Client Centerd Therapy, Haughton Mifflin Company, New York 1951.

252 – Rado, S.; Psycho-Analysis of Behaviour, Collected Papers, New York, Grune & Stratton, 1956.

253 – Rapaort, D., Gill & Schafer, R., Diagnostic Psychological Testing, 2 Vol. Chicago, Year Book Pub. 1946.

254 – Rashkis, H., Cushman, J. & Landis, C.; A New Method

255 – Rees (Linford), A Short Textbook of Psychiatry, Eng. Univ. Press, Lond., 1967.

256 – Roff Merrill, Mink (Walter) & Heinrichs (Grace), Development Abnormal Psychology, A Case Book, Holt & Rinehart, N.Y., 1966.

257 – Rapaport, D. «The Psychoanalytic Theory of Affect,» Internat. J. of Psychoanalysis, V. 34, 1954.

258 – Richard, L. Roe: Developmental Psychology Today: Ed. Communication Research Machines Inc. 1971.

259 – Roch, H. Paul & Zubin, J. Anxiety. New York: Crune & Straton, 1950.

260 – Rogers, C.R. Counseling and Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Co., 1942.

261 – Rosenseveig, S. «An Outline of Frustration Theory.» In Hunt: Personality and Behavior Disorders. New York: The

Ronald Press Company, 1959.

262 – Russell Brain. 1962 Recent Advances in Neurology & Neuropsychiatry (7th. Ed.) Churchill, London.

263 – Reichenback, H, Experience and Prediction, An Analysis of the Foundation and Structure of Knowledges Chicago, Univer. of Chicago Press 1938.

264 – Rice, S.A., Contagious Bias in the Interview, Amer, J. Social Psychol, V. 35 pp. 420-423. 1929.

265 – Richards, T.W., Modern Clinical Psychology, New York, McGraw, 1946.

266 – Rogers, C.R., Counseling & Psycho Therapy, Boston, Houghton, 1942.

267 – Rotter, J.B.; Social Learning and Clinical Psychology, New York. Prentice-Hall, 1954.

268 – Shafer and Lazarus, Fundamental Concepts in Clinical Psychology, McGraw Hill Book Company, New York 1955.

269 – Schoeck (Helmut) & Wiggins (James W.) eds., Psyhiatry & Responsibility, Van Nostrand, N.Y., & Lond., 1962.

270 – Schoeck (Helmut) & Wiggins (James W.) eds., Psychiatry & Responsibility Ibh Publ., Co., Culcutta, 1966.

271 – Stekel (Wilhelm), Anxiety Neuroses & Their Treatment, Ist ed., Dodd & Mead, N.Y., 1923, 7nd. Ed., 1950.

272 – Stekel, W. Complusion & Doubt. Eng. Trans., 2 Vo, S., Boni & Liveright, N.Y., 1923. New Ed., 1946.

273 – Szasz (Thomas S.), Psychiatry as a Social Institution,

Chap. I in: Shoeck & Wiggins, Psychiatry & Responsibility.. (Which See).

274 – Shaw, C.R. & McKay, H.D. «Report on the Causes of Crime.» In Hunt: Personality and Behavior Disorders. Vol. II New York: The Ronald Press, 1959.

275 – Simmons, H. The Psychosomatic Aspects of Cancer. Washington, D.C. Peabody Press, 1956.

276 – Slavson, S.R. An Introduction to Group Therapy. New York: Common Wealth Fund, 1943.

277 – Slavson, S.R. The Practice of Group Therapy. London: The Pushkin Press, 1947.

278 – Spielberger, C.D. «Theory and Research on Anxiety.» In Anxiety and Behavior. New York: Academic Press, 1966.

279 – Spitz, R.A. «Anaclitic Depression.» In Psychoanalytic Study of the Child. Vol. II, New York: International Universities Press, 1946.

280 – Strange, J.R. Abnormal Psychology, Understanding Behavior Disorders. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1966.

281 – Sullivan, H.S. Conditions of Modern Psychiatry. Washington, D.C.: William Alanson Psychiatric Foundation, 1947.

282 – Sundberg, N.D. & Tyles, L.E. Clinical Psychology. London Methuen & Co., 1963.

283 – Symonds, P.M. Mental Hygiene of the School Child. New York: The Macmillan Company, 1938.

284 - Symonds: Diagnosing Personality Condust. New York: Appleton-Century-Crofts, Inc., 1961.

285 - Sartain, A.Q. Et. Al. Psychology: Understanding Human Behavior. New York: McGraw-Hill Book Company Inc., 1965.

286 - Saul. L.J. «Hostility in Cases of Hypertension.» Psychosomatic Medicine, 1 (1939).

287 - Saul. L. & Bernstein. «The Emotional Setting of Some Attacks of Urticaria.» Psychosomatic Medicine Vol. 3, 1941.

288 - Seidman, J.M. The Adolescent. A Book of Readings. Edited. New York. Holt, Rinehart Winston Inc., 1960.

289 - Shaffer. L.F. & Shoben, E.J. (Jr.) The Psychology of Adjustment. Boston: Houghton & Mifflin Co , 1956.

290 - Shaffer, L.F: Schizophrenia Like Psychoses. Brit. J. Psych. Vol. 109 No. 458.

291 - Smythies, J.R., 1963, Schizophrenia: Chemistry, Metabolism & Treatment. U.S.A. Charles Thomas.

292 - Stafford-Clarck, D., 1965, What Freud Really Said. London-Macdonald.

293 - Sands, D.E. 1957 Schizophrenia: Somatic Aspects. London. Pergamon 80-81.

294 - Sargant, W. & Slater. A. 1963 Physical Methods of Treatment in Psychiatry (4th ed.) E. & S. Livingstone Ltd. London.

295 - Scott, R.B. 1966 Price's Textbook of the Practice of Medicine. Oxford University Press. London.

296 - Sheldon, W.H. & Stevens. S.S. 1942 The Varieties of

Temperament. New York & London. Harper.

297 - Siegel, M. Et Al. 1959 Taraxein: Fact or Artefact. Amer. L. Psychiat. 115, 819.

298 - Slater, E. 1938 The Genetics of Manic-Depressive Insanity. 2 ges. Neurol. Psychiat. 163, 1-198, 216.

299 - Saslow, G. Matarazzo, J.D. & Guze, S.B., The Stability of Interaction Chronograph Patterns in Psychiatric Interviews, J. Consult. Psychol Vol 19. pp. 417-436, 1955.

300 - Savage, R.D., Readings in Clinical Psychology, Oxford, Pergamon. Press, 1966.

301 - Schafer, R., Psycho. Analytic Interpretation in Rorschach Testing, New York, Grune & Stratton, 1954.

302 - Schaffer, G.W. & Lazarus. R.S., Fundamental Concepts in Clinical Psychology, New York, McGraw-Hill, 1952.

303 - Schmidt, H.O. & Fonda, C.P. Reliability; A New Look, J. Abnorm, Soc. Psycho., Vol. 52, pp. 262-267, 1956.

304 - Scott, W.D., An Interpretation of Psychoanalytic Method in Psychotherapy with a Case Treated J. Abnormal Psychol., 1908.

305 - Smith, E.E., Defensivness, Insight and the K. Scale, J. Consult Psychol., Vol. 23, p. 275, 1959.

306 - Stanton, A.H. & Schwartz, M.S.: The Mental Hospital. New York, Basic Book, 1954.

307 - Sundberg, N.D.; The Practice of Psychological Testing in Clinical Services the United States, Amer, Psychol., Vol. 16. pp. 79-85, 1961.

308 – Sundberg, N.D. & Tyler, L.E.; Clinical Psychology, New York, Appleton-Century Crofts, 1962.

309 – Tawadros, S. Magharius. «Group Psychotherapy for Stutteres.» In International Journal of Sociometry. Vol. L. No. I, 1957.

310 – Taylor, W.S. Dynamic and Abnormal Psychology. New York: The American Book Company, 1954.

311 – Tiffin, J. & McCormick, E.J. Industrial Psychology. 3rd ed. London: Novello & Co., 1966.

312 – Triesman (Michel), Mind, Body & Behavior, Control Systems & Their Disturbances, chap. 13 in. London & Rosenhan, Foundations... Which See.

313 – Trapp, E.P. & Himelstein, P. Readings on Exceptional Child Research and Theory. London: Methuen & Co., Ltd., 1962

314 – Travis, L.E. «The Unspeakable Feeling of People With Special Reference to Stuttering.» In Handbook of Speech Pathology. London: Peter Owen, 1959.

315 – Tomkins, The Thematic Apperception Test, Grune & Strat on, New York 1952.

316 – Talaat, M., 1966, Physiology in Medical Practice. Vol. IV. Endocrine Glands. Anglo-Egyptian Bookshop, Cairo.

317 – Van Riper, C.: Speech Correction. New Jersey: Prentice-Hall, 1963.

318 – Vigotsky L.S., Thought and Speech.

319 – Vernon, P.E., Personality Test, and Assessments, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1953.

320 – Witmer, L., Clinical Psychology, 1907.

321 – Wittson, C.L. & Hunt, W.A.; The Predictive Value of the Brief Psychiatric Interview, Amer J. Psychiat Vol 107, pp. 582-585, 1951.

322 – Wyatt, D. & Campell, D.; A Study of Interviewer Bias as Related to Interviewr's Expectations and Own Opinions, Int. J. Opin, Attit. Res, Vol. 4. pp. 77-83, 1950.

323 – Wolf & Huston, Schizophrenia Associated with Addison's Disease, Amer. J. Psychiat., 116, 1959.

324 – Whitty, C.W.M. & Zangwill, O.L., 1966, Amnesia. Butterworths, London.

325 – Wolf, S. & Wolf, H.G., 1943, Human Gastric Function. New York-Oxford.

326 – Wolpe, J. & Slater, A., 1964, The Conditioning Therapies. U.S.A.- Halt, Rinehart & Winston Inc.

327 – Weider A. & Others, Gornell Index, Manual, The Psychological Corporation, New York 1948.

328 – Wolberg L.R., The Techniques of Psychotherapy, Grune & Stratton, New York 1954.

329 – Wealder R., The Scientific approach to Case Work; With Special Emphasis on Psychoanalysis, in Personality in Nature. Society and Culture. Alfred Knopf, New York 1953.

330 – Waston, R.I., A Brief History of Clinical Psychology, Psychol,Bull., Vol. 50, pp. 321-346, 1953.

331 – Wechsler, D,A Standardised Memory Scale for Clinical Use, J. Psychol., Vol pp. 87-95, 1945.

332 – Wechsler, D., The Measurement and Appraisal of Adult Intelligence, Baltimore, Williams & Wilkins, 1958.

333 - Wells, F.L. & Ruesch, J., Mental Examiners Handbook, New York, Psychol. Cord, 1945.

334 - Welsh, G.S. & Dahlstrom. W.G.; Basic Readings on the M.M.P.I. in Psychology and Medicine, Minneapolis, Univer of Minnesota Press. 1956.

335 - Wiener, D.N.; Subtle and Obvious Keys for The M.M.P.I. J. Consult. Psychol. Vol. 12, pp. 144-170, 1948.

336 - Williamson, E.G.; Counseling Adolescents: Revision of Part I of How to Counsel Students, New York, McGraw-Hill, 1950.

337 - Wallen, Richard W. Clinical Psychology. New York: McGraw-Hill Book Co., 1956.

338 - Weiss, E. & English, O. Psychosomatic Medicine. Philadelphia W.B. Sounder Company, 1957.

339 - White, R. The Abnormal Personality. 3rd ed. New York: The Ronald Press, 1956.

340 - Wolff, H. Headache and Other Head Pains. London: Oxford University Press, 1948.

341 - Wolf, S. & Wolf, H.G. «Evidence of the Genesis of the Peptic Ulcer.» J. of Am. Med. Ass. CXX 1942.

342 - Wolpe, Joseph. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. California Stanford University Press, 1968.

343 - Zubek, J.B. & Solber, P.A. Human Development. New York: McGraw-Hill Book Co., 1954.